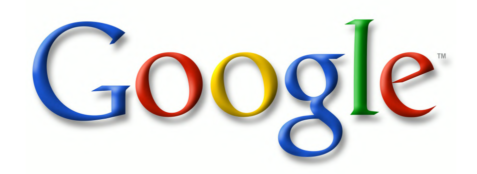
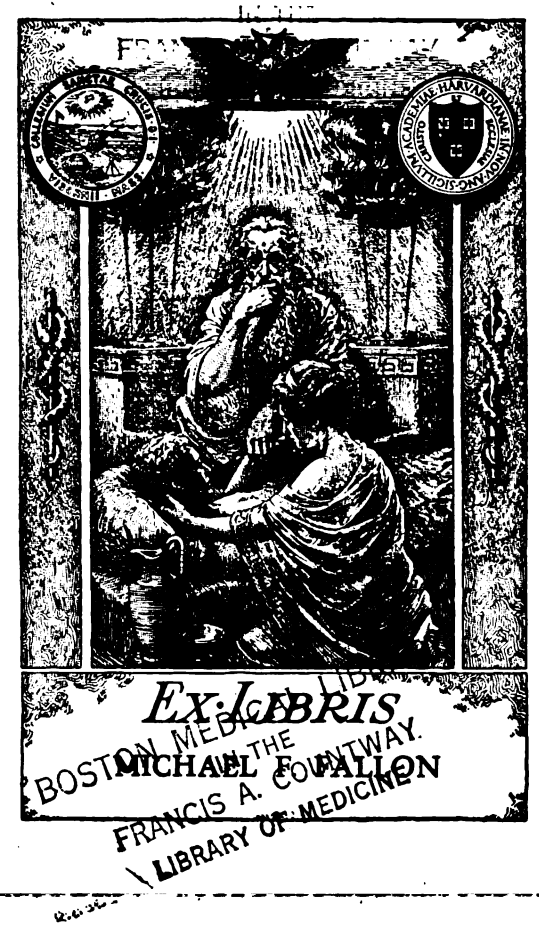



Ex Libris
MICHAEL F. FALLON
BOSTON MEDICAL LIBRARY
IN THE
FRANCIS A. COUNTWAY
LIBRARY OF MEDICINE

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.
1900.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. Sonnabend, den 6. Januar. **1900.**

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau. Geheimrath Prof. Küstner).

I. Über Sterilisirung des Nahtmateriales.

Von

Dr. **Sticher**, Volontärassistent.

Wer sich über die Brauchbarkeit eines Nahtmateriales ein Urtheil bilden will, muss die sämmtlichen Phasen, die dasselbe vom Moment der Herstellung bis zu demjenigen der Benutzung durchläuft, einer genauen Prüfung unterziehen. Es genügt, speciell zur Beantwortung der Frage, ob wir es schließlich mit einem sicher sterilem Materiale zu thun haben, keineswegs, wenn wir z. B. die uns gelieferten, mannigfachen, angeblich keimfreien Katgutpräparate in einer oft gar nicht einmal einwandsfreien Weise auf ihren Keimgehalt hin revidiren. Wir begingen dann denselben Fehler, der früher in der Hygiene öfters zu falschen Beurtheilungen Anlass gab

Über die Dronke'sche Verpackungsmethode ein Urtheil zu fällen ist unmöglich, da sie als »Geschäftsgeheimnis« der Kritik unzugänglich ist; doch scheint es mir ohne Zuhilfenahme der Hände unmöglich, die Ringe einzupacken, eine absolut sichere Nachsterilisirung jedoch desshalb ausgeschlossen, weil sie wiederum mit denselben Schwierigkeiten zu kämpfen hätte, wie die Sterilisirung des Rohkatguts [3].

So wären also in der Behandlung des Nahtmateriales vom Momente der beendigten Sterilisation bis zu demjenigen der Verwendung Verbesserungen erwünscht.

Der zweiten Anforderung wird durch Krönig's Katgut ebenfalls nicht stets in gleicher Weise genügt. Eine vorzeitige Resorption scheint nicht vorzukommen. Doch lässt die Haltbarkeit des Materiales bisweilen zu wünschen übrig. Dies ist kein Mangel, welcher der Methode der Cumolbehandlung anhaftet; er ist zu suchen in der ungleichmäßigen Beschaffenheit des Rohkatguts. Selbst die unter der Bezeichnung »prima Qualität« im Handel befindlichen Rohkatgutsorten weisen häufig im Verlaufe der Fäden weißliche, verdünnte Stellen auf, wo der Faden zu einer Abknickung im Winkel geneigt ist; hier muss er — mag die von Krönig verlangte Vortrocknung auch noch so langsam und vorsichtig ausgeführt worden sein — im Momente des starken Anziehens reißen. Giebt es ein Material, das dem Katgut im Übrigen in nichts nachsteht, jedoch den Vorzug größerer Haltbarkeit besitzt, so verdient dieses den Vorrang.

Auch der dritten Anforderung könnte dasselbe in noch besserer Weise entsprechen. Der Katgutfaden stellt, besonders an der Stelle, wo der Knoten sitzt, einen ganz respektablen Fremdkörper dar; zumal der nach Krönig's Vorschrift trocken aufbewahrte Faden macht vermöge seiner Starrheit ziemlich dicke Knoten erforderlich. Der Vortheil der Resorbirbarkeit erscheint mir so groß nicht, vorausgesetzt, dass das eingebrachte, event. unresorbirbare Nahtmaterial mit absoluter Sicherheit zu sterilisiren ist. Übrigens scheint es mir nicht ausgeschlossen, dass auch der Hanf allmählich eine Resorption erleidet; über Thierversuche, welche ich zur Entscheidung dieser Frage angestellt habe, werde ich bei Gelegenheit berichten.

Nicht zum wenigsten legt die Berücksichtigung des Kostenpunktes den Wunsch nach einer billigeren Herstellungsmethode für unser Nähmaterial nahe. Die Methode der Cumolbehandlung ist an und für sich nicht theuer (Cumol 500,0 = 3,65 ℳ; Benzin. petrol. 500,0 = 55 ₰, beide Flüssigkeiten bei zweckmäßiger Behandlung längere Zeit hindurch stets wieder zu benutzen). Das

---

[3] Die von Krönig im Katgut nachgewiesenen Bakterien sind keineswegs als specifisch, nur dort anzutreffende, anzusehen; sie besitzen, wie ich durch einige Beobachtungen mich überzeugen konnte, alle Charakteristica der unter der Gruppe Heubacillus zusammengefassten Bacillen (Gram-Färbbarkeit, walzenförmige Gestalt der Sporen etc.); die Ubiquität dieser letzteren steht jedoch außer Frage.

eigentlich Theure ist das Rohmaterial; die Substituirung eines billigeren Rohmateriales würde ebenfalls einen Fortschritt bedeuten.

Mit Rücksicht auf die Haltbarkeit, geringe Fremdkörperwirkung und Billigkeit verwendet Herr Geheimrath Küstner schon seit längerer Zeit den von Linhart zuerst angewandten, von Trendelenburg, Lawson Tait und Pagenstecher neuerdings wieder empfohlenen Hanf. Derselbe wurde bisher im gespannten Dampfe sterilisirt.

Von Herrn Geheimrath Küstner mit der Präparation des Nahtmateriales der Breslauer Frauenklinik beauftragt und im Besonderen zu einer Nachprüfung der Krönig'schen Methode angeregt, versuchte ich die einleuchtenden Vortheile der Cumolbehandlung in einer von Krönig's Angaben mehrfach abweichenden Weise für die Präparation des Hanfes zu verwerthen.

Um Wiederholungen zu vermeiden, gebe ich sofort die Vorschrift für die Hanfpräparation, welche sich bei vielfach wiederholten Versuchen als die praktischste bewährte.

Der Hanf wird zunächst in Fäden von etwa 35 cm Länge zurechtgeschnitten (mit Benutzung der von Hofmeister angegebenen, bei der Formalinkatgutbereitung verwandten Glasplatte); von diesen Fäden werden 12—14 durch ein Hanffädchen in der Mitte zusammengebunden, das nunmehr 17 cm lange Hanfpacket zu einem Ringe aufgewickelt und dieser durch ein weiteres Hanffädchen in seiner Form zusammengehalten.

Eine Vertrocknung des Hanfes, wie sie beim Katgut — soll dasselbe an Haltbarkeit nicht wesentlich einbüßen — unerlässlich ist, brauchen wir nicht vorzunehmen; dadurch vereinfacht sich die Präparation bedeutend.

Der Hanf kommt in ein für die Ringe passend ausgesuchtes cylindrisches Porzellangefäß, dessen Boden eine Anzahl Löcher aufweist und das, unbedeckt, an seinem offenen Rande mit einer kleinen Handhabe, etwa einer Schlinge aus Draht, versehen ist. Das mit den Ringen beschickte Porzellangefäß wird nun in ein Becherglas übertragen, das etwa zu $^2/_3$ mit Cumol (durch Vermittlung der Apotheke resp. von Grübler-Leipzig direkt erhältlich) gefüllt ist; das Porzellangefäßchen soll inklusive der Drahtschlinge in Cumol untertauchen; zum Schutze des Becherglases bedeckt man dessen Boden mit einem Tupfer. Das Becherglas wird in einen Emailletopf von etwa um 6 cm größerem Durchmesser gebracht. Auf den Boden des letzteren kommt eine 3 cm hohe Sandschicht; auch der Zwischenraum zwischen Becherglas und Wand des Topfes wird mit Sand ausgefüllt.

Wir erhitzen mittels 2- oder 5-Brenner bis 155° und erhalten die Temperatur, deren Regulirung durch ein in das Cumol eingelassenes Thermometer (an einem seitlich aufgestellten Stativ befestigt) ermöglicht ist, etwa während einer Stunde auf 155—165°. Das von Krönig zum Schutze vor Entzündung der Cumoldämpfe

empfohlene Drahtnetz, welches das Becherglas bedeckt, besteht aus 2 Hälften, die das Thermometer umgreifen. Nach Beendigung der Sterilisirung schiebt man die Drahtnetztheile zur Seite, hebt das Thermometer heraus und überträgt nun mit einem starken hakenförmig gekrümmten, an einem Glasstabe befestigten Platindrahte, den man vorher ausglüht, das Porzellangefäß aus dem Cumol in das Petrolbenzin. Dabei läuft das Cumol durch die am Boden des Porzellanbehälters befindlichen Löcher in das Becherglas zurück, der noch anhaftende Rest wird von dem Hanfe sowohl als von dem Behälter durch das Petrolbenzin ausgewaschen. Nach 3 Stunden überträgt man das Gefäßchen in gleicher Weise entweder nach Krönig's Princip zur trockenen Aufbewahrung in ein im Trockenschranke sterilisirtes mit einer einfachen Petri'schen Schale bedecktes Becherglas oder zur feuchten Aufbewahrung, die wir für besser erachten müssen (wie Eingangs hervorgehoben), in hochprocentigen Alkohol[4].

Das nach vorstehender Methode hergestellte Nahtmaterial ist absolut steril, vor dem nachträglichen Hineingelangen von Keimen geschützt, es ist haltbar, wird die denkbar geringste Fremdkörperwirkung entfalten und sowohl billig als auch bei nur weniger Übung leicht herstellbar sein, somit den Eingangs präcisirten Anforderungen vollauf Genüge leisten.

Für die Brauchbarkeit unseres Nahtmateriales sprechen bereits die Resultate einer größeren Reihe von Operationen (Laparotomien und Vaginaloperationen), bei welchen, abgesehen von den durch die äußere Haut gelegten (Silkwormgut-) Nähten ausschließlich Cumolhanf verwandt wurde.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig.)

II. Über die Dekapitation mit dem Zweifel'schen Trachelorhekter[1].

Von

Dr. H. Füth,

Assistenzarzt der Klinik.

Ganz kurz nachdem Zweifel in diesem Centralblatte[2] den von ihm modificirten Braun'schen Haken, welchen er Trachelorhekter

---

[4] Das Cumol ist zu weiteren Sterilisirungen wieder verwendbar; nur muss es nach Beendigung derselben jedes Mal möglichst bald in eine gut verschließbare Flasche übergefüllt werden; sonst sinkt sein Siedepunkt. Es ist übrigens wie für die Herstellung sterilen Hanfs und Katguts, so auch für die Sterilisirung des für Hautnähte am besten geeigneten Silkwormguts zu verwenden.

[1] Als Vortrag gehalten in der 480. Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig vom 16. Oktober 1899. Vgl. diese Nummer p. 26.

[2] 1895. No. 20. p. 520: »Über die Dekapitation und die Grundsätze der Wendung bei dorsoposterioren Querlagen«. (Vorgetragen in der Sitzung der Geburtshilflichen Gesellschaft zu Leipzig.)

(Halszerbrecher) nannte, für die Dekapitation empfohlen hatte, veröffentlichte K. A. Herzfeld[3] an gleicher Stelle eine Entgegnung, in welcher man nach einem Worte über Ausprobiren des neuen Instrumentes vergeblich sucht, dagegen den auffallenden (!) Satz liest: »Man hat kein Recht, über ein Instrument abfällig zu urtheilen, wenn man sich bei seiner Anwendung nicht an die Vorschriften des Erfinders hält« — Vorschriften, welche sich auf die Wahl der den Hals umklammernden (deckenden) Hand und auf die Richtung, in der man den Haken dreht, beziehen. Für die Wahl der deckenden Hand schrieb Braun[4] nämlich vor, man solle bei I. Querlage die Finger der rechten Hand um den Hals legen und bei II. umgekehrt verfahren. Zweifel sagt (l. c. p. 525): »In der Regel ist die Linke geeigneter zum Decken, die Rechte zum Operiren. Doch möge das Jeder halten, wie es ihm bequemer ist«. Wohl bemerkt, dies sagt Zweifel für sein Instrument, das unter ganz anderen Bedingungen arbeitet, als der einfache Schlüsselhaken, und wenn selbst für diesen die Wahl der Hand im Sinne Braun's unumgänglich nöthig wäre, für den Trachelorhekter ist sie, wie sich weiter ergeben wird, ganz in das Belieben des Operateurs gestellt. In Wirklichkeit aber verliert die originale Braun'sche Vorschrift im Lichte der Thatsachen die Wichtigkeit, die ihr Herzfeld und mit ihm die Karl Braunsche Schule (l. c. p. 750) zuschreibt. Denn Zweck der deckenden Hand ist ja, den Hals fest zu fixiren und eine »den Drehungen des Halses folgende und die Kontinuität der Cervixwand bedrohende Mitbewegung des kindlichen Schädels«, wie Herzfeld (l. c. p. 750) sagt, zu verhüten. Immerhin aber bleibt die operirende Hand die wichtigere, und bei der Dexterität der meisten Operateure wird man von vorn herein unstreitig den obigen Satz Zweifel's unterschreiben. Bei Übertragung auf den Fall besteht ja ein Unterschied in der Wahl der Hand nur dann, wenn das Kind in I. Querlage sich befindet. Ich habe nun, um ein objektives Urtheil zu gewinnen, ohne vorherige Mittheilungen über den Streitpunkt mehrere Kollegen (NB. von einer anderen Klinik) sich am Phantom darüber äußern lassen, mit welcher Hand sie bei I. Querlage besser fixiren bezw. operiren könnten: Sie haben sich alle in dem Zweifel'schen Sinne geäußert[5]. Ja schon bald nach Bekanntwerden des Schlüsselhakens ging Küneke[6] in der gleichen Absicht, um für die Handhabung des Hakens die größere Kraft und Geschicklichkeit der rechten Hand

[3] 1895. No. 29. p. 748: »Über die Anwendung des Karl Braun'schen Schlüsselhakens«.

[4] Lehrbuch der gesammten Gynäkologie 2. Auflage. Wien 1881. p. 798. — Klinik der Geburtshilfe und Gynäkologie von Chiari-Braun-Spaeth. Erlangen, 1855. p. 68.

[5] Wenn man von der Thatsache ausgehen wollte, dass man mit der rechten Hand besser in die rechte und mit der linken besser in die linke Beckenhälfte kommen kann — und das Herankommen an den Hals ist in schwierigen Fällen doch von großer Bedeutung — so müsste man genau umgekehrt verfahren wie Braun.

[6] Cit. Polland, Über Embryotomie. Inaug.-Diss. Berlin 1895. p. 8.

zu gebrauchen, grundsätzlich mit der linken Hand ein. Man mag also die Wahl der deckenden Hand ruhig dem einzelnen Operateur überlassen, wie dies Zweifel thut, und mit ihm eine Reihe der namhaftesten Geburtshelfer. Es wird nämlich der einfache Braunsche Haken zur Dekapitation empfohlen in den Lehrbüchern der Geburtshilfe von Spiegelberg-Wiener, Schröder-Olshausen-Veit, v. Winckel, Ahlfeld, A. Martin, so wie in den geburtshilflichen Operationslehren von Stahl (Hegar'sche Schule), Döderlein, Dührssen, ohne dass eine bestimmte Hand zur Deckung vorgeschrieben ist; bei v. Winckel und Dührssen wird ausdrücklich die Linke genannt. Es ist desshalb schon ganz unverständlich, wie man aus diesem Punkte eine Causa belli machen kann und es geht doch gewiss zu weit, wenn Bidder[7] in einem Falle, in welchem der mit dem Schlüsselhaken dekapitirende Assistenzarzt bei I. Querlage mit der linken Hand zur Deckung an den Hals gegangen war, dieses Vorgehen als nicht lege artis mit heranzieht, um die Entstehung eines bei der Sektion gefundenen kompleten Cervixrisses zu erklären.

Des weiteren soll Zweifel gegen die Braun'schen Vorschriften verstoßen, wenn er die Ansicht vertritt, es sei nicht zweckmäßig, mit dem Braun'schen Haken, wie sein Erfinder es wolle, nur in einer Richtung, sondern es sei besser, nach beiden Richtungen zu drehen. Zweifel hat hier — und offenbar thun dies mit ihm mehrere Lehrbücher — nach Chiari-Braun-Spaeth (s. o.) citirt, bei denen es (p. 68) wörtlich heißt: »Mit der am Griffe befindlichen Hand wird das Instrument durch ein 5—10maliges Umdrehen um seine Achse nach einer Richtung unter einem stetigen Zuge auch der Haken an die ersten Halswirbelbeine angedrückt, dadurch die Wirbelsäule luxirt und sammt den Weichtheilen des Halses vollständig getrennt«. Wenn man aber schon daran denkt, dass man im alltäglichen Leben ein auf dem Wege stumpfer Gewalt wirkendes Instrument immer in verschiedener Richtung arbeiten lässt, so erscheint Zweifel's Ansicht von vorn herein viel richtiger, und es kann weiter nicht auffallen, wenn Braun selbst seine Vorschrift in diesem Punkte später geändert hat. In dem oben erwähnten Lehrbuche (l. c. p. 799) schreibt er: »Mit der freien, am Griffe befindlichen Hand wird das Instrument fast vertikal abwärts gezogen, durch ein Vor- und Rückwärtsdrehen die Wirbelsäule gedehnt und luxirt, dann durch ein 5—10maliges Umdrehen des Griffes um seine Längsachse nach einer Richtung unter einem stetigen Zuge nach abwärts die Haut und die übrigen Weichtheile des Halses vollständig getrennt. »Macht man nur von vor- und rückläufigen Bewegungen des Schlüsselhakens Gebrauch, so wird nur die Wirbelsäule luxirt, die Weichtheile werden durchquetscht, die Haut bleibt aber dann gewöhnlich

[7] Die mechanische Behandlung verschleppter Querlagen. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1881. Bd. VI. p. 343.

unverletzt...« Diese geänderte Vorschrift stimmt also vollkommen mit der Ansicht Zweifel's überein und sie ist als die zuletzt veröffentlichte die maßgebende. Denn ein litterarischer Beleg dafür, dass Braun nachträglich bei Luxation der Halswirbelsäule wieder hat in einer Richtung drehen lassen oder dass er sogar vorgeschrieben habe, den Haken stets in der Richtung des Kopfes zu drehen — was Herzfeld dem Zusammenhange nach als originale Braun'sche Vorschrift hinstellt — ist mir nicht bekannt geworden. Somit beschränken sich die Vorschriften des Erfinders, an die Zweifel sich nicht gehalten haben soll, auf die für die Wahl der Hand gegebene und da dürften die Namen der genannten Autoren für den Außenstehenden wohl genügen zur Vertretung der Ansicht, dass man auch ohne den lästigen und unnöthigen Zwang einer bestimmten Handvorschrift bei der Dekapitation mit dem Schlüsselhaken ganz gut fahren kann. Freilich spricht Herzfeld[8] davon, es gebe keine geburtshilfliche Operation, welche in den Lehrbüchern so mangelhaft beschrieben sei wie die Dekapitation und gerade bei den erbittertsten Gegern des Karl Braun'schen Schlüsselhakens finde man die vollste Nichtbeachtung der für seine Anwendung gültigen Regeln. Nun, bei den erwähnten Autoren, welche den Schlüsselhaken empfehlen, kann man wohl jeden Dolus ausschließen. So mag denn die Karl Braunsche Schule aus Pietät gegen ihren großen Meister immerhin die Wahl der Hand als wichtig betonen; jedenfalls ermangelt aber der Eingangs erwähnte Satz Herzfeld's in dieser Form und Schärfe jeglicher Berechtigung, und nur die Schwere des in ihm enthaltenen Vorwurfes so wie die Breite, welche er in der Polemik gegen den Trachelorhekter einnimmt, veranlassten mich, so ausführlich zu werden.

Es sei aber nicht verschwiegen, dass von Fehling[9] so wie von Polland (l. c.) in der Einleitung zu seiner bereits erwähnten Arbeit, welche 14 Fälle von Dekapitation mit dem Schlüsselhaken aus der Olshausen'schen Klinik bringt, die Wahl der Hand im Sinne Braun's beschrieben wird[10]. Ferner stellt Arens[11] in seiner Arbeit aus der Leopold'schen Klinik als eine seiner Schlussfolgerungen die auf, dass strenge Beobachtung der Vorschriften Braun's zum Gelingen der Operation nöthig sei, besonders wichtig sei die Wahl der operirenden Hand. In der Diskussion über die als Vortrag[12] gehaltene Arens'sche Arbeit verlangt Leopold zwar eine genaue Sicherstellung der Kindeslage, die Wahl der allein richtigen Hand sei dann gegeben; doch tritt dieses Moment hier gegenüber zwei anderen als von größter Wichtigkeit bezeichneten Vorschriften (feste

[8] Centralblatt für Gynäkologie 1897. p. 1324: »Nochmals der Karl Braunsche Schlüsselhaken«.

[9] Müller's Handbuch der Geburtshilfe Bd. III. p. 177.

[10] Wie aber aus der Mittheilung zweier Fälle (p. 24 u. 28) hervorgeht, ist nicht überall streng danach verfahren, sondern variirt worden.

[11] Beitrag zur Dekapitation. Archiv für Gynäkologie Bd. LVI p. 103.

[12] Centralblatt für Gynäkologie 1897. p. 89. Sitzung der gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden vom 13. Oktober 1896.

Fixation des Kopfes von außen und bei Vorfall des Armes »gleichzeitiges tiefes Herabziehen« desselben) entschieden zurück. Diese Vorschrift des tiefen Herabziehens bringt mich auf den Punkt, der für die Entstehung des Trachelorhekters von ausschlaggebender Bedeutung gewesen ist, nämlich darauf, dass bei Anwendung des Schlüsselhakens nach abwärts gezogen werden muss. Dies geben alle Autoren zu und muss Jeder zugeben, der letzteren einmal angewandt hat. Denn wie Zweifel (l. c. p. 523) ausführt, bewegt sich das Kind mit, wenn es ungenügend eingepresst sei bezw. wenn ungenügend nach abwärts gezogen werde. Unwillkürlich ziehe desshalb der Operateur stärker nach abwärts und Niemand könne leugnen, dass dies bei allen verschleppten Querlagen und der regelmäßig vorhandenen Überdehnung der Cervix uteri höchst gefährlich sei. Hört man andere Autoren über diesen Punkt, so bestätigen sie Zweifel's Angaben über die Mitbewegungsbestrebungen des Kindes vollkommen; nur wollen sie diesen auf andere Weise vorbeugen. Herzfeld erwähnte ich schon oben. Er behauptet (l. c. p. 750), dass bei Befolgung der Braunschen Vorschriften Bewegungen des Fruchtkörpers ausgeschlossen seien, und Arens (l. c. p. 100) betont, dass Mitbewegungen des Kindes in seinen Fällen nicht beobachtet seien. Schauta[13] fürchtet vor Allem Mitbewegungsbestrebungen des Kopfes nach vorn und betont, dass die am Halse liegende Hand die wichtige Aufgabe habe, diesen entgegen zu wirken, indem sie den Hals und damit auch den Kopf fixire (l. c. p. 205). Es habe demnach nicht das untere Uterinsegment so wie die gedehnte Cervix während der Drehung des Hakens den Kopf zu fixiren, also den ganzen bei der Operation aufgewendeten Druck auszuhalten. Eine Tendenz des Kopfes, bei der Achsendrehung des Hakens gegen die Nachbarschaft einen Druck auszuüben, erkennt auch Pawlik[14] an; er glaubt aber ebenfalls, man könne ihn dadurch eliminiren, dass man mit der den Hals umfassenden Hand einen entsprechenden Gegendruck ausübt oder ihn von außen durch eine assistirende Person, welche den Kopf fixirt, ausüben lässt. Letzteres hebt auch Leopold (s. o.) als sehr wichtig hervor. Doch meint Arens (l. c. p. 101) mit Recht, dass die Fixation des Kopfes von außen in praxi nicht immer leicht auszuführen sei; denn es falle trotz tiefer Narkose oft schwer, denselben durch den meist tetanisch gespannten Uterus hindurch zu fühlen. Spiegelberg-Wiener[15] und Fritsch[16] sind aber der Ansicht, dass eine

---

[13] Operative Geburtshilfe. Wien 1892. p. 203.

[14] Die Dekapitation mit dem Braun'schen Schlüsselhaken. Archiv für Gynäkologie Bd. XVI. p. 467.

[15] Lehrbuch der Geburtshilfe 3. Auflage. Lahr 1891. p. 828: »Auch ist zu beachten, dass bei den Torsionen die Wand des unteren Uterinabschnittes einen nicht geringen Druck erleidet, weil ihr ja der Kopf fest anliegt und auf diesem die ganze aufgewendete Kraft lastet. Man sei also mit dem sonst meist ganz brauchbaren Haken sehr vorsichtig«.

[16] Klinik der geburtshilflichen Operationen 5. Auflage. 1894. p. 172: »Mit

Gefährdung der verdünnten Cervixwand leicht möglich bezw. unvermeidlich ist. Allein auch wenn eine genügende Fixation des Kopfes möglich wäre, es bleibt immer zu bedenken, dass bei noch so geringer Beweglichkeit ein Mitbewegen des Rumpfes beim Drehen stets möglich ist. Wie ich sehe, hat dies Friedländer (cit. Polland l. c. p. 9), der übrigens eine genügende Fixation des Kopfes durch die innere Hand für möglich hält, ebenfalls schon betont.

Thatsächlich ist nun nach den Vorschriften des Erfinders so wie aller anderen Autoren bei Anwendung des Schlüsselhakens ein Zug nach abwärts nothwendig, d. h. alles Fixiren des Kindes von außen bezw. durch die innere Hand genügt nicht; dasselbe muss, wie Zweifel sagt, eingepresst werden und zwar durch Abwärtsziehen, damit die für das Durchbrechen des Halses bestimmte Kraft an diesem allein ansetzen kann. Eine gewisse Gefahr dieses nothwendigen Abwärtsziehens erkennt auch Schauta an (l. c. p. 203), wenn er vorschreibt, dass der Operateur dem allzu starken Herabgezogenwerden der gefassten Partie des Halses mit der umklammernden Hand entgegen wirken soll. Allzu stark darf man also nicht ziehen; wie stark soll man denn aber ziehen? Braun selbst (cit. Zweifel l. c. p. 523) schrieb vor, man müsse unter stetigem Zuge drehen. Herzfeld (l. c. p. 749) spricht von einem »mäßigen Zuge« nach abwärts und meint, »durch einen einfachen Zug nach abwärts« könne eine Ruptur der gedehnten Cervix nie erzeugt werden. Es mag ja sein, dass eine Ruptur nicht so leicht zu Stande kommt. Es würde aber schon bedenklich genug sein, wenn, wie Fritsch (s. o.) dies für möglich hält, Quetschungen entstehen oder ein Auseinanderweichen der Muskelfasern eintritt und wenn Herzfeld so wie Pawlík (l. c. p. 467) die Ansicht vertreten, dass durch einfachen Zug nach abwärts die Querspannung des stark überdehnten Collum nachlassen müsse, bezüglich die Uteruswand eher entlastet als stärker angespannt werde, da ja der Kopf sich gegen den Thorax presse, so fragt es sich eben vor Allem, ob es bei einem einfachen Zuge bleibt. Und da drücken sich andere Autoren, die den Schlüsselhaken empfehlen, doch deutlicher aus. Bidder sagt (l. c. p. 344), dass man im Moment des stärksten Zuges nach abwärts luxiren müsse; Fehling (l. c. p. 177) spricht von fortdauerndem starken Zuge nach abwärts und von sehr starkem Zuge; Kaltenbach (l. c. p. 502) von scharfem Anziehen; Ahlfeld von kräftigem Zuge nach unten. Auf eine Gefährdung der gedehnten Cervix durch dieses nothwendige Herabziehen wiesen schon bald nach dem Bekanntwerden des Braun'schen Hakens Scanzoni[17], welcher nach Fehling's Angabe aber die erhobenen Vor-

---

dem Braun'schen Schlüsselhaken habe ich mich nicht recht befreunden können. Auch sind die Resultate andernorts nicht sehr gute. Bei dem Herumdrehen drängt man den Kopf gegen das schon stark gedehnte, dünne untere Uterinsegment. Durchquetschungen oder wenigstens Quetschungen entstehen leicht«.

[17] Cit. Küneke, Eine Dekapitation nach Karl Braun's Methode nebst Bemerkungen zu den Ansichten L. Lehmann's über diesen Gegenstand. Monatsschrift für Geburtskunde 1865. Bd. XXV. p. 368.

würfe später zurücknahm, so wie Lehmann[17], später Kleinwächter, Mann, Küstner (cit. Schauta l. c. p. 205) hin. Spiegelberg-Wiener und Fritsch wurden in gleichem Sinne schon oben erwähnt und in neuerer Zeit schließen sich diesen Autoren noch Mermann[18], Clemens[19], Halbertsma[20] an.

Diese Bedenken gegen die Anwendung des Braun'schen Hakens sind gewiss nicht rein theoretischer Natur. Ja, Küstner[21] legt der Anwendung des Braunschen Hakens in einer außerordentlich scharfen Kritik viele Todesfälle zur Last. Dann war oben schon von einem letal geendigten Falle die Rede, der von Bidder mitgetheilt wurde und einen kompleten Riss der rechten Cervixseite aufwies. Der Krankengeschichte nach wurden ein paar Wendungsversuche erst in der Klinik gemacht; sie waren aber, wegen andauernder heftiger Uteruskontraktionen, ohne Erfolg und die Schulter blieb eingekeilt. Das spricht bei der Art des Risses nicht dafür, dass er bei der Wendung entstanden ist. Denn dann hätten die Wehen in solcher Heftigkeit wohl aufgehört bezw. die Wendung wäre geglückt.

Ich könnte hieran noch andere Fälle anschließen, beschränke mich aber darauf, mit Mermann (l. c. p. 962) zu betonen, dass trotz der nachdrücklichsten Empfehlungen vornehmlich seitens der Wiener Schule andere Operateure mit dem Schlüsselhaken nicht so zufrieden zu sein scheinen. In neuerer Zeit wurde derselbe allerdings wieder von Arens (l. c. p. 103) warm empfohlen, der ihn als ein einfaches und vorzügliches Dekapitationsinstrument bezeichnet. Auch Veit, Treub, Barnouw[22] sind mit dem Braun'schen Haken zufrieden und nach Polland (l. c. p. 9) war bei seiner Anwendung in 14 Fällen 11mal der Erfolg der denkbar günstigste. Dass aber andererseits der Schlüsselhaken wiederum nicht als das ungefährliche und vorzügliche Instrument angesehen wird, wie es beispielsweise

---

[18] Zur Behandlung verschleppter Querlagen. Centralblatt für Gynäkologie 1895. p. 963.

[19] Über Embryotomie mit dem Sichelmesser von B. Schultze. Ibid. 1897. p. 1241.

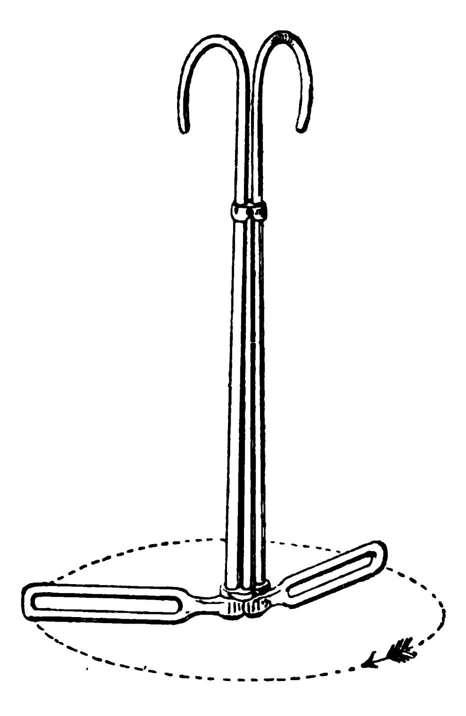
[20] Ibid. 1898. p. 753. Sitzung der Niederländischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

[21] Die Behandlung vernachlässigter Querlagen und das Schultze'sche Sichelmesser. Centralblatt für Gynäkologie 1880. p. 173. Küstner schreibt: »Noch mehr bedaure ich aber im Interesse kreißender Frauen, dass ein anderes Instrument noch nicht historisch geworden ist, welches übrigens Thomas ebenfalls empfiehlt: d. i. der Braun'sche Schlüsselhaken. Leider finden wir dasselbe in unseren Lehrbüchern Schröder, Spiegelberg noch genannt und abgebildet, jedenfalls genießt es noch in vielen Kliniken Deutschlands eine unverdiente Anerkennung. Es giebt wohl kaum im Armentarium Lucinae ein Instrument, welches eine unbeschränkte Anwendung roher Gewalt nicht nur gestattet, sondern sogar, wenn es wirksam sein soll, erheischt, als dieser Braun'sche Haken... Wir wollen sonach auch den Braun'schen Schlüsselhaken zum alten Eisen gelegt wissen, verdient hat er es, verwirkt durch eine ansehnliche Anzahl von Leichen Kreißender«. Pawlik l. c. p. 474) schreibt dagegen: »Die bisher publicirten Fälle von Operationen mit dem Schlüsselhaken ignorirt Küstner, vielleicht weil er darunter nicht die nöthige Anzahl Leichen Kreißender finden konnte, durch welche der Braun'sche Haken seine Existenzberechtigung verwirkt haben soll«.

[22] Centralblatt für Gynäkologie 1898. p. 753. Sitzung der Niederländischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Pawlik's Lobeserhebungen hinstellen (der allerdings, wie Bidder mit Recht sagt [l. c. p. 337], durch Küstner's abfällige Kritik [s. o.] herausgefordert war), das geht weiterhin, wie Mermann ausführt, aus der Thatsache hervor, dass eine ganze Reihe anderer Instrumente erfunden und empfohlen wurden.

Zweifel hat sich bei der Konstruktion seines Instrumentes an den Schlüsselhaken gehalten und durch Aneinanderlegen von 2 Haken, die sich um eine zwischen ihnen liegende Achse um 360° drehen lassen, den Trachelorhekter geschaffen. Diese Modifikation hat er nicht getroffen, weil er mit dem Braun'schen Haken geradezu schlechte Erfahrungen gemacht hätte. Im Gegentheil, Zweifel hat ihn (l. c. p. 522 u. 527) 5mal, allerdings mit der von ihm am Haken angebrachten 2. Krümmung[23] mit Erfolg angewandt und zwischendurch ist er des Vergleichs halber noch einmal vor Kurzem in dem Kreißsaale erfolgreich benutzt worden. Bestimmend war für Zweifel, dass es besser sei, ein Instrument zu besitzen, bei welchem ein Herunterziehen Zwecks Durchbrechens der Halswirbelsäule nicht nöthig ist. Der Trachelorhekter entspricht dieser Anforderung vollkommen,



wie weiter unten ausführlich erörtert wird; er ist dabei nicht komplicirt, wie Mermann (l. c. p. 963) und Clemens (l. c. p. 1241) meinen und Letzterem gegenüber sei hervorgehoben, dass er leicht und vollkommen sicher zu reinigen ist. Zum besseren Verständnis des Instrumentes sei eine Abbildung wiederum beigegeben, im Übrigen aber bezüglich aller Einzelheiten auf die Originalmittheilung verwiesen. Diese er-

[23] Herzfeld erwähnt diese 2. Krümmung gar nicht. Man findet die Begründung derselben so wie eine Abbildung in der Zweifel'schen Abhandlung. Auffallend ist, dass bei A. Martin (Lehrbuch der Geburtshilfe. Wien und Leipzig 1891. p. 332), bei v. Herff (Geburtshilflicher Operationskurs. Berlin 1894. p. 297) und bei Kaltenbach (Lehrbuch der Geburtshilfe. Stuttgart 1893. p. 502) der Braun'sche Haken nicht mit der ursprünglichen Biegung des Halses, sondern mit einer Krümmung des letzteren abgebildet ist, welche der von Zweifel schon vor vielen Jahren angegebenen sehr nahe kommt. Beide Krümmungen finden sich außer in Zweifel's Lehrbuch der Geburtshilfe (4. Auflage. Stuttgart 1895. p. 623) noch in Döderlein's Geburtshilflichem Operationskurs, Leipzig 1898 p. 163 einander gegenüber gestellt.

folgte, nachdem der Trachelorhekter sich bereits 5mal aufs beste bewährt hatte und dies gilt auch von 12 weiteren Fällen, in denen er seither verwendet worden ist und von denen ich drei selbst operirte[24]. Herzfeld wendet gegen den Trachelorhekter zunächst ein, dass die deckende Hand, nachdem sie die Richtigkeit des Anlegens am Halse genau verfolgt hat, herausgezogen, beim Umdrehen der 2 Handgriffe außerhalb der Vulva verwendet und dann wieder in den Uterus eingeführt werde. Abgesehen davon, dass ein solcher Vorgang der Aseptik gefährlich werden könne, widerspreche es allen geburtshilflichen Principien, ein stumpfes Instrument innerhalb des Genitalschlauches ohne stete Kontrolle durch die Hand arbeiten zu lassen. Den erstgenannten Einwand betrachtet Herzfeld der Satzstellung nach selber schon als nicht gerade sehr maßgebend. Aber die Thatsache, dass aus diesem Punkte überhaupt ein Einwand gemacht wird, ist bezeichnend genug und macht eine Entgegnung nothwendig. Ich schicke voraus, dass von unseren 17 Fällen keiner an Sepsis gestorben ist. Steigerungen im Wochenbette sind vorhanden gewesen, aber nicht merkwürdig, wenn schon intra partum Erhöhung der Temperatur aufgetreten war. Und was hat denn die deckende Hand, wenn sie wieder in den Uterus eingeführt wird, angefasst? Den glatten metallenen Quergriff eines sterilen Instrumentes! Und wie oft ist ein Wechsel der Hand bei sonstigen geburtshilflichen Eingriffen nothwendig, ohne dass ein Wort darüber verloren wird! Man muss demnach den 1. Einwand Herzfeld's als vollkommen nichtig bezeichnen. Von großer Bedeutung dagegen ist der 2. Punkt, dessen Wichtigkeit Zweifel selbst nicht unterschätzt hat. Man kann aber die innere Hand ganz ruhig herausnehmen und bei der Drehung die beiden Haken sich selbst überlassen, wenn man nur genau darauf geachtet hat, dass die Hakenenden in die Weichtheile des Halses gedrungen, von diesen also gegen das Uterusinnere vollständig abgeschlossen sind. Die Wichtigkeit dieser Maßregel betonte Zweifel von vorn herein ausdrücklich. Er demonstrirte in der Sitzung der geburtshilflichen Gesellschaft, in der er über dieses Thema sprach (Centralblatt für Gynäkologie 1895 p. 1258), am Phantom, wie die innerhalb der Weichtheile liegenden stumpfen Enden des Trachelorhekters sich beim Drehen gegen den Hals des Kindes einbiegen und so die Weichtheile der Mutter nicht verletzen können und hob hervor, dass das an der veränderten Krümmung liege und darin eine grundsätzliche Verschiedenheit gegenüber dem Braun'schen Haken bestehe. Man könne beim Aufdrehen des Instrumentes vor Verletzungen der Mutter ganz sicher sein, wenn man es nur richtig an den Hals gelegt habe. Letzteres ist wirklich bei der Art der Krümmung nicht schwer; ich kann es aus eigener Erfahrung bestätigen, der ich bis

---

[24] Eine bildliche Darstellung der Hauptphasen bei der Anwendung des Instrumentes findet sich bei Zweifel, Operationes tocologicae. S. Hirzel, Leipzig 1899. Taf. 29 und 30.

dahin überhaupt keine Dekapitation an der Lebenden gemacht hatte. Man muss nur wissen, worauf es ankommt und daran denken. Von der Richtigkeit dieser Sätze kann man sich ja selber leicht überzeugen, wenn man nur das Instrument einmal probiren und nicht mit einem durch keine praktische Kenntnis des Instrumentes getrübten Urtheile auf rein theoretische Erörterungen hin eine Gefahr hinein disputiren will.

Wenn man den Ausdruck »stete Kontrolle« liest, sollte man denken, das Instrument gebrauche eine ganze Weile zur Durchtrennung der Wirbelsäule. Ich kann da Arens (l. c. p. 101) sprechen lassen, der den Trachelorhekter an frisch abgestorbenen Kindern »mit vorzüglichem Erfolge« probirt hat und aus unserer Statistik hinzufügen, dass in einem Falle, in welchem sich der erste Zwilling in II. dorsoanteriorer Querlage mit Vorfall der pulslosen Nabelschnur und des linken Armes eingekeilt hatte, vom Augenblicke des Eingehens mit der Hand bis zur Extraktion des Rumpfes 40 Sekunden und für letztere einschließlich der des Kopfes weitere 22 Sekunden gebraucht wurden[25]. Jedenfalls war das in allen Fällen zu beobachten, dass die Durchtrennung der Wirbelsäule, wenn der Trachelorhekter richtig sitzt, ganz auffallend schnell und mühelos vor sich geht. Dabei braucht man nicht einmal die ganze Drehungsfähigkeit des Instrumentes auszunutzen; denn der Hals bricht vielfach schon, wenn man noch nicht bis zu einem Rechten gekommen ist, und zwar genügt immer eine Umdrehung. Von der dabei nothwendigen Kraft ist, wenn man die Art der Kraftübertragung ins Auge fasst und bedenkt, dass der die Kraft übertragende Stiel eine Länge von 31 cm besitzt, von vorn herein zu sagen, dass sie viel geringer sein muss als beim Schlüsselhaken. Doch ist darauf nicht so viel Gewicht zu legen als vor Allem auf den fundamentellen Vortheil: Man kann auch unter den schwierigsten Verhältnissen die Wirbelsäule in situ luxiren. Es ist dies ein Punkt, dessen Wichtigkeit Sänger sofort würdigte, als er sich in der Diskussion über den Trachelorhekter[26] danach erkundigte, ob das Spreizen der Enden allein im Stande sei, den Nacken des Kindes zu zertrennen oder ob wie beim Braun'schen Schlüsselhaken auch die Rundung unter Drehung und Zug nachhelfen müsse. Es ist dies bei der Art der Konstruktion des Trachelorhekters durchaus unnöthig. Ein Zug, wenn man so will, ist überhaupt während der ganzen Dekapitation nur nöthig, wenn man beim Einbohren der Hakenenden in die Weichtheile das Instrument natürlich nach abwärts führen muss, wobei aber die deckende Hand unwillkürlich den Widerhalt giebt.

---

[25] In dem von Polland mitgetheilten Falle V (l. c. p. 19), in welchem die Dekapitation theils durch Drehungen mit dem Braun'schen Haken, theils durch einige Scherenschläge vollendet wurde, waren unter gleichen Bedingungen — es handelte sich nur um den 2. eingekeilten Zwilling — für die Durchtrennung der Wirbelsäule allein ca. 3 Minuten nöthig.

[26] Centralblatt für Gynäkologie 1895. p. 1258.

Um aber auch hier jeden Widerstand nach Möglichkeit auszuschalten, tragen die Hakenenden an den neuesten Modellen keine Knöpfe mehr, sondern sind rund abgedreht. Diese Abänderung empfand ich bei der letzten von mir ausgeführten Dekapitation als außerordentlich angenehm; denn es gelang mir hier mit größter Leichtigkeit, den Trachelorhekter an dem sehr hochstehenden Halse anzulegen.

Von einem Zuge am Halse während des Luxirens der Wirbelsäule ist vor Allem gar keine Rede. Denn die beiden festen Punkte, die nothwendig sind, damit zwischen ihnen der biegsame Hals durchbrochen wird, werden bei der Anwendung des Braun'schen Hakens durch Fixation des Kopfes bezüglich starkes Abwärtsziehen gewonnen, beim Trachelorhekter sind sie durch die beiden Hakenenden gegeben, die je 2 cm rechts und links von der Längsachse des Instrumentes liegen und den Kopf so wie den Rumpf außer Spiel setzen. Beide können sich also nicht mitbewegen, und es ist desshalb die Wahl der deckenden Hand beim Trachelorhekter erst recht dem Belieben des Operateurs überlassen. Sie hat nur das richtige Anlegen an den Hals zu beobachten, während an die innere Hand beim Braun'schen Schlüsselhaken sehr große Anforderungen gestellt werden. Man lese nur bei Schauta nach (l. c. p. 204).

Diese Vorzüge des Trachelorhekters machen es leicht verständlich, dass er bisher noch nie versagt hat. Der Braun'sche Haken that dies in den 14 von Polland mitgetheilten Fällen nicht weniger als 3mal und zwar unter Bedingungen, die, wie ausdrücklich hervorgehoben wird, für seine Anwendung durchaus günstig waren. In Fall X und XII stand der Hals so tief, dass er der fixirenden Hand ohne Schwierigkeiten zugänglich war, bezüglich dass einer ausgiebigen Handhabung des Instrumentes nichts im Wege stand (l. c. p. 27 u. 25): es haftete nicht oder konnte die Luxation der Wirbelsäule nicht vollbringen (l. c. p. 41). Bei Fall X ist besonders hinzugefügt, dass die Operation von erfahrener Hand ausgeführt wurde[27]. Im III. Falle war dagegen die Ursache des Misslingens die Schwierigkeit, den Haken bei erreichbarem Halse an denselben zu bringen (l. c. p. 41). Dies ist sicher auf die originale Biegung des Schlüsselhakens zurückzuführen, welche, wie Zweifel (l. c. p. 522) ausführt, beim Umdrehen am Querhebel eine Schiebung des Instrumentes in der Richtung seiner Längsachse bedingt, und wo diese Schiebung in der Längsachse erfolgt, fasst der Haken nicht mehr, er schiebt sich über den Hals in die Höhe und gleitet leicht ab. Das Alles stimmt vollständig zu dem, was Spiegelberg-Wiener sagen (l. c. p. 828): »Immer jedoch kommt man mit dem Schlüsselhaken nicht zum Ziele«. Kaltenbach (l. c. p. 502) räth, man solle, falls das Abdrehen der Wirbelsäule Schwierigkeiten bereite, den Schlüsselhaken lediglich zum Herabziehen des Halses benutzen und mit der Schere nachhelfen. So

---

[27] Auch Zweifel (l. c. p. 527) erlebte einen Fall, in dem die Wirbelsäule dem Braun'schen Haken nicht weichen wollte.

wurde es gleichfalls in Fall VIII der Polland'schen Statistik gemacht und nach v. Engel[28] ist dies Verfahren, welches er bei seinen letzten Dekapitationen grundsätzlich angewendet hat, allgemein als das beste zu empfehlen. So käme man denn schließlich dahin, den Schlüsselhaken als eigenes Instrument überhaupt fallen zu lassen. Bei der Leichtigkeit aber, mit welcher der Trachelorhekter die Wirbelsäule durchbricht, ist ein derartiges Nachhelfen in unseren 17 Fällen nie nöthig gewesen und es befanden sich darunter sehr schwierige; in einem wurde von der Hebamme sogar erst 43 Stunden nach dem Blasensprunge poliklinische Hilfe nachgesucht.

Es handelte sich in diesem Falle um eine 32jährige VIpara, deren bisherige Entbindungen spontan, wenn auch immer mit langer Geburtsdauer verlaufen waren. Es bestand eine II. dorso-anteriore Querlage mit Vorfall des linken Armes und die Hebamme bat, wie gesagt, erst 43 Stunden nach dem Blasensprunge um poliklinische Hilfe. Die Operation war schwer, da es Mühe machte, an den Hals zu kommen, dies gelang aber schließlich, ohne dass es nöthig gewesen wäre, den vorgefallenen Arm zu exartikuliren. Das Durchbrechen der Wirbelsäule selbst ging glatt. Bei der Extraktion des Kopfes, an dem mit dem in den Mund eingeführten Finger gezogen wurde, riss die Mandibula sammt den Weichtheilen durch und die spitzen Enden drangen nach dem Gefühle des Operateurs in die Cervix ein. Die Kreißende fing an zu bluten. Es wurde nun möglichst schnell der Kopf perforirt und extrahirt, worauf die Placenta sofort folgte. Da es weiter blutete und bei der Untersuchung Cervixeinrisse gefühlt wurden, wurde eine Uterus-Scheidentamponade gemacht, worauf die Blutung stand. Die schon vorher auf das äußerste erschöpfte Frau erholte sich aber nicht mehr, sondern starb eine Stunde später. Die Sektion wurde nicht bewilligt. Es ist dies der einzige unglückliche Ausgang unter den letzten 12 Fällen und er fällt sicher nicht dem Trachelorhekter zur Last.

Nach den vorstehenden Darlegungen ist der Trachelorhekter weder »in seiner Anwendung nicht ganz einfach«, wie Mermann (l. c. p. 963) schreibt, noch auch »nur gefahrlos in der Hand des geübten Praktikers«, wie v. Engel (l. c. p. 858) meint; Urtheile, die sich nur auf theoretische Kenntnis des Instrumentes stützen, und wenn Arens (l. c. p. 101) dem Lobe, welches er nach Probiren des Trachelorhekters ausspricht (s. o.), die Anmerkung beifügt, leider hafte ihm der Mangel der schützenden Deckung an, so scheint mir zur Genüge dargelegt, dass eine solche Gefahr bei richtiger Verwendung der inneren Hand nicht besteht und wenn schließlich Jemand trotz dieser Thatsache die innere Hand liegen lassen will, so mag er es thun. Er kann dann mit der operirenden Hand die eine Handhabe festhalten und von einem Anderen die zweite Handhabe umdrehen lassen, wie dies Zweifel bei seinem Vortrage am Phantom demonstrirte. Steht aber eine 2. Person nicht zur Verfügung, was wohl nur selten der Fall sein wird, so kann man es so machen, wie ich es am Phantom und an der Lebenden ausprobirt habe, dass man nämlich die an einander liegenden Handhaben auf den Unterarm der am Halse liegen bleibenden Hand fest aufsetzt

[28] Frommel's Jahresbericht 1897. p. 858.

und während die eine Handhabe auf den Unterarm aufgesetzt stehen bleibt, man mit der freien Hand die andere Handhabe abhebt und herumdreht. So ist mir die Durchtrennung der Wirbelsäule ebenfalls ganz glatt gelungen. In ähnlicher Weise verfahre man, wenn man beim Abdrehen der Weichtheile des Halses auf Schwierigkeiten stößt. Dies ist unter den 16 Operationen 1mal der Fall gewesen und es wurden die Weichtheile mit der Siebold'schen Schere durchschnitten (Zweifel l. c. p. 527). Weiterhin war es nicht mehr nöthig. Denn es hat sich als zweckmäßig herausgestellt, bei Widerstand seitens der Weichtheile zwischen dem Abdrehen die Hakenenden des Trachelorhekters nochmals zu spreizen. Dies geschieht natürlich eben so wie das Abdrehen selbst in der Hohlhand der wieder eingeführten Hand; will man also während des Abdrehens die Haken zwischendurch nochmals spreizen, so muss man wie oben beschrieben eine 2. Person heranziehen oder in der anderen Weise verfahren.

Weil nun die Dekapitation mit dem Trachelorhekter eine relativ leichte und vor Allem ungefährliche Operation ist, hat Zweifel die Indikation zu derselben dahin erweitert, dass man bei überdehnter Cervix und todtem Kinde nie mehr die Wendung versuchen solle, da die Dekapitation für die Mutter viel schonender ist. Es ist wohl nicht zu viel gesagt, wenn man behauptet, dass eine Uterusruptur bei weiterer Verbreitung dieser Indikationsstellung viel leichter wird vermieden werden können. Sie wurde von Sänger in der Diskussion (s. o.) freudig begrüßt und sie erweiterte sich dann noch dahin, dass in hiesiger Klinik auch bei solchen Querlagen dekapitirt wird, bei welchen eine Überdehnung der Cervix nicht gerade ausgesprochen ist, vorausgesetzt natürlich, dass der Tod des Kindes sicher feststeht (relative Indikation).

So war in dem ersten von mir operirten Falle, in welchem eine II. dorso-anteriore Querlage mit Vorfall des linken Armes bestand, die vorliegende Schulter noch etwas beweglich und eine Wendung wäre in tiefer Narkose, die man zur Dekapitation gar nicht in dem vollen Maße nöthig hat, gewiss noch gelungen. Die Kreißende hatte aber schon mehrere Stunden keine Bewegungen mehr gespürt, auch waren Herztöne nicht zu hören. Da mir diese Zeichen für die sichere Annahme des Todes des Kindes noch nicht genügten, ging ich nach Einführung der linken Hand zunächst an die Nabelschnur und als ich diese nicht mehr pulsiren fühlte, schritt ich zur Dekapitation. In derselben Weise ging ich bei dem zweiten von mir operirten Falle (I. dorso-posteriore Querlage mit Vorfall des linken Armes bei Ipara) vor, in welchem es mir trotz der starken Einkeilung der Schulter gelang, bis zur Nabelschnur zu gelangen.

Entsprechend dieser erweiterten Indikationsstellung gewinnen wir eine höhere Procentzahl bei Gegenüberstellung der in den Jahren 1893 bis zum 20. December 1899 ausgeführten Dekapitationen und der Geburten überhaupt. Während in Paris auf 2750, in Wien auf 2631, in St. Petersburg auf 2000 und in Dresden (Leopold) auf 1278 Geburten 1 Dekapitation entfällt, kommt hier 1 solche auf etwa 650 Geburten.

Zum Schlusse möchte ich das Ergebnis der vorstehenden Abhandlung in einigen Sätzen zusammenfassen:

1) Trotz oft wiederholter gegentheiliger Versicherungen namentlich seitens der Wiener Schule haften dem Braun'schen Schlüsselhaken Mängel an, welche denselben verbesserungsbedürftig (Zweifel), bezüglich einer Reihe anderer Geburtshelfer die Anwendung dieses Instrumentes nicht rathsam erscheinen ließen.

2) Diese Mängel hat der Trachelorhekter nicht. Er gewährleistet einerseits vermöge der zweckentsprechenderen Krümmung seines Halses ein viel leichter zu erreichendes und sichereres Umfassen der kindlichen Halswirbelsäule; andererseits bewirkt er die Durchtrennung derselben mit spielender Leichtigkeit und gestattet hierbei, vollständig in situ zu operiren.

3) Die von Herzfeld gegen den Trachelorhekter erhobenen Vorwürfe bestehen nicht zu Recht.

4) Es ist die Dekapitation mit dem Trachelorhekter als das für die Mutter schonendere Verfahren bei überdehnter Cervix und todtem Kinde der Wendung grundsätzlich vorzuziehen.

III. Zur Narkose.

Von

Koblanck in Berlin.

In der mir bekannten Litteratur hat ein Zeichen drohender Asphyxie bei Chloroformnarkose keine oder nur ungenügende Beachtung gefunden: die athetotischen Fingerbewegungen. Es sind dies eigenthümliche Bewegungen hauptsächlich in den Finger-, manchmal auch in den Handgelenken, häufig werden sie von ungeordneten Augenbewegungen begleitet. Mit den willkürlichen Abwehrbewegungen in unvollständiger Narkose ist diese Erscheinung nicht zu verwechseln, sie tritt nur ein bei vollkommen erloschenen Reflexen. Besonders wichtig erscheint mir das Symptom, da es, wenn es auftritt, zuerst die Gefahr ankündigt; Puls und Athmung sind noch ungestört, die Pupillen sind eng oder mittelweit (reaktionslos). Wird mehr Chloroform gegeben, so treten die bekannten Zeichen der Asphyxie ein; wird die Maske sofort entfernt, so hören die Bewegungen bei tief bleibender Narkose bald auf, selten kommt es auch dann noch zu Athmungs- und Pulsstörungen.

Wer dieses Symptom nicht würdigt, der wird, wie so oft, Asphyxien eintreten sehen bei Pat., die »eben noch spannten«.

Ich habe die athetotischen Bewegungen nur von Czempin[1] erwähnt gefunden. Czempin fasst sie jedoch als »unbewusste Abwehrbewegungen« auf und hält demnach »eine Vertiefung der Narkose nicht für erforderlich«. Dagegen führe ich das beschriebene

---

[1] Czempin, Die Technik der Chloroformnarkose. Berlin, 1897. 2. Auflage.

*

Zeichen auf Überladung des Körpers mit Chloroform zurück und warne dringend vor weiteren Gaben des Anästheticums.

Diese Zeilen über Asphyxie möchte ich nicht abschließen, ohne auf die enorme Wichtigkeit eines bekannten Handgriffes bei eingetretener Asphyxie hingewiesen zu haben, ich meine das direkte Vorziehen der Epiglottis mit dem Finger. Trotzdem dieser Griff mit Recht von manchen Seiten (besonders von v. Bergmann) als lebensrettend hervorgehoben wird, wird es in den meisten Anleitungen zur Narkose überhaupt nicht erwähnt (z. B. in dem oben citirten Buche Czempin's, welches v. Bergmann gewidmet ist!). Die Meinung, dass bei der Narkose von Frauen das Vorschieben des Unterkiefers und das Vorziehen der Zunge mit der Zange genügt, um den Eingang in die Trachea frei zu machen, ist ein folgenschwerer Irrthum. — Erst wenn die Luftwege vollkommen frei sind, haben die Methoden künstlicher Athmung, von denen sich immer mehr die Maas-König'sche Methode bewährt, Erfolg.

Mögen diese Worte dazu beitragen, drohende Asphyxien rechtzeitig zu erkennen und eingetretene richtig zu behandeln!

---

1) **F. v. Winckel** (München). Über die Eintheilung, Entstehung und Benennung der Bildungshemmungen der weiblichen Sexualorgane.

(Sammlung klinischer Vorträge N. F. No. 251/252. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

v. W., dessen große Verdienste auch auf dem Gebiete der Bildungshemmungen der weiblichen Sexualorgane bekannt sind, fügt seinen bereits früher an anderer Stelle veröffentlichten Beobachtungen zahlreiche neue und recht interessante Fälle bei, die er mit gewohnter präciser Exaktheit beschreibt und durch sehr klare und gute Abbildungen illustrirt. Seine Arbeit erscheint besonders werthvoll, weil er die Fülle des reichen, kasuistischen Materiales nach großen, allgemeinen Gesichtspunkten zusammenstellt und dadurch dem Verständnis erheblich näher rückt. Er unterwirft die bisherigen Versuche von Kussmaul, Fürst, Nagel, Gebhard, eine zweckentsprechende Eintheilung der Bildungshemmungen aufzustellen, der Kritik und schlägt vor, zur Basis einer solchen Eintheilung 7 verschiedene Entwickelungsstufen der Müller'schen Gänge zu machen: 1. Monat, 4.—8. Woche, 8.—16., 16.—20., 20.—40. Woche, 1.—10. Jahr, und 10.—16. Jahr. Entsprechend diesen 7 Stufen lassen sich die ca. 50 bekannten Bildungshemmungen zwanglos gruppiren und vor Allem zwanglos erklären. Fast für alle Stadien führt v. W. eigene Beobachtungen an, die nun nach der mustergültigen Darstellung des Autors selbst studirt werden müssen. Sie beweisen, dass die Ursachen der Bildungshemmungen, wie v. W. dieses bereits früher betont hat, überwiegend rein mechanischer Natur sind. Er unterscheidet lokale

und allgemeine Ursachen. Zu ersteren sind zu rechnen: Störungen der Bauchwandbildung; entzündliche Processe (Peritonitis, Nephritis, Oophoritis); Verlagerungen durch Geschwülste (Cystenniere); Zug, Druck und Torsion von den Nachbarorganen aus (Blase, Ureter, Wolff'scher Gang, Lig. teres, Gefäße und Nerven des Uterus, Rectum); abnorme Keime im Septum und Mangel der Vulva. Bei den allgemeinen Ursachen lassen sich konstitutionelle (Anämie, Chlorose, Lues, Rachitis etc.) und central-nervöse (Hydrocephalus, Encephalocele, Anencephalus etc.) unterscheiden. Zum Schlusse wendet sich der Autor gegen die vielfach falsch und missbräuchlich angewendete Nomenklatur. Der Ausdruck »Uterus didelphys« sollte ganz gestrichen werden, da »Uterus duplex separatus, Vagina duplex separata« die Bildung besser bezeichnen. Auch »Uterus bipartitus, bifidus, bilocularis« sind besser zu eliminirende Namen. **Stoeckel** (Bonn).

---

2) **Schatz.** Die Gefäßverbindungen der Placentakreisläufe eineiiger Zwillinge, ihre Entwicklung und ihre Folgen. III. Die Acardii und ihre Verwandten. Zweite Fortsetzung.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 1.)

In dieser Fortsetzung seiner umfassenden Arbeit beschreibt S. die heteromorphen Verwandten der Acardii und solche Acardii selbst. Zunächst schildert er die heteromorphen Mikrocardii oder Pseudohemiacardii und die heteromorphen Makrocardii. Von den ersteren kann man sagen, dass sie partiell missbildete Früchte sind, welche Acardii geworden wären, wenn sie auf der Placenta nach dem gesunden Mitzwilling hin sowohl arterielle als auch venöse Anastomosen besessen hätten (Placentatypus D). Das Primäre bei allen diesen Verwandten der Acardii ist die Heteromorphie, welche darin ihre Erklärung findet, dass das Stromhindernis der Allantoisvene nicht in der Nabelschnurvene, sondern central in der Nabelvene selbst im Bereiche der Leber sitzt. Verkümmerung resp. Fehlen von Leber, Milz, Magen und Darmstücken, Schwund des Zwerchfelles, mangelhafte Vereinigung beider Brustbeinhälften ist bei diesen Früchten fast immer zu beobachten. Die Gruppe der heteromorphen Makrocardii findet ihre Entstehung, wenn bei Placentatypus A (keine oberflächlichen Anastomosen) die Heteromorphie den bei ungleicher Zottentransfusion begünstigten Zwilling befällt. Es folgt in den ferneren Abschnitten die Schilderung der heteromorphen Acardii: Akardie durch Obliteration der Allantoisvene in der Gegend der künftigen Nabelschnur bei Bestandbleiben der gemeinschaftlichen Dottervene als Ersatzvene (Acormi) und Akardie durch Verengerung und Obliteration der Nabelvene (Allantoisvene in der Lebergegend) mit Ausbildung von Ersatzvenen um diese Stelle. Über die Störungen in der Nabelvenenbildung, die sonst zum frühen Tode der Frucht führen, geben gerade die eineiigen Zwillinge Auskunft, weil durch die Verbindung mit dem gesunden Zwillinge das Absterben verhindert

oder hinausgeschoben wird. Auf diese Weise entstehen eben die heteromorphen Acardii und ihre Verwandten. Schließlich kommen noch die Acardii, welche durch Verengerung der Nabelvene im Nabelringe (Nabelschnurbruch und Nabelstenose) entstehen, zur Besprechung. Druck auf die Nabelvene im Nabelringe erzeugt Rückstauung in die Nabelschnurvene. Von dieser findet das Blut durch eine venöse Anastomose auf der Placenta Abfluss nach dem normalen Zwillinge hin. Die unvollkommene Speisung des Herzens mit venösem Placentablute erzeugt Herzschwäche, bis durch Umkehrung des arteriellen Kreislaufes Holoacardie von dem gesunden Zwillinge erzeugt wird. An Stelle der in einem solchen Falle mitkomprimirten Nabelschnurarterien tritt als Ersatz eine Arteria mammaria int. ein. Es genügt bei Zwillingen mit venöser Placentaranastomose ein relativ kleines Hindernis für das von der Placenta zum kranken Zwillinge zurückfließende Blut, um dasselbe in solcher Masse in die Venen des gesunden Zwillinges zurück zu stauen, dass das geschwächte Herz des ersteren vom arteriellen Drucke des letzteren leicht überwunden werden kann.

Es ist nicht möglich, im Referate tiefer in die schwierige Materie einzudringen. Die Originalarbeit ist für den speciell sich dafür Interessirenden in ihrer übersichtlichen Anordnung und klaren Ausdrucksweise bequem zu lesen und durch eine große Menge vorzüglicher Bilder illustrirt. S. ist in der Lage, für viele Glieder seines Stammbaumes der Acardii Beispiele aus eigener Sammlung beizubringen und seine Ansichten zu stützen. **Courant** (Breslau).

---

3) **Leopold, Bott** und **Marchesi.** Zur Entwicklung und dem Baue der menschlichen Placenta.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LX. Hft. 2.)

Im Vereine mit den beiden anderen Verff. kommt L. in dieser Arbeit der Aufforderung Peters' nach, sein eigenes 7—8 Tage altes Ei, besonders in Hinsicht auf den eigenthümlichen Einbettungsmodus, den Peters an seinem jüngsten menschlichen Ei bekanntlich festgestellt hat, einer nochmaligen Durchsicht zu unterziehen. Außerdem kamen noch 5 Eier aus dem 2. bis 4. Schwangerschaftsmonate, die L. theils als Sektionsbefund von Schmorl, theils bei vaginalen Totalexstirpationen wegen Carcinom erhalten hatte, zur Verarbeitung. Vor allen Dingen giebt L. gern zu, dass sein Ei sich möglicherweise nach dem Typus, den Graf Spee zuerst für Meerschweinchen festgestellt hat, in die Mucosa eingebohrt haben könne. Der über das Ei sich wölbende Reflexbogen ist verschieden dick gefunden worden, und man steht unter dem Eindrucke, dass je nach der Tiefe der Einbohrung die Capsularis, die mit dem Wachsthum des Eichens auch weiter wächst, in den verschiedenen Fällen verschieden dick ist, oder aber die Art der Eieinbettung ist überhaupt keine einheitliche, und ein menschliches Eichen findet eben so gut in einer Furche,

wie auf der Höhe eines Schleimhautfeldes sein Nest. Jedenfalls nimmt L. für sein Ei seine Angabe zurück, dass am Boden der Eihöhle, am inneren Saume der Decidua basalis stehen gebliebenes Uterusepithel zu sehen sei. Er hat sich davon überzeugt, dass es sich um einen Streifen von Syncytium handelt, welcher von den losgelösten Zöttchen abgerissen und haften geblieben ist. — Während Hofmeier vom 5. Monate ab nicht nur das Drüsenepithel, sondern auch die Drüsenräume selbst vollständig vermisste, konnten von den Verff. plattgedrückte Drüsen mit deutlichem Epithel bis zum Ende der Schwangerschaft verfolgt werden. Des ferneren beschreiben sie Veränderungen der Decidua serotina und der Deciduabalken vom 2. Monate an, die theils in regressiver Metamorphie der Deciduazellen, theils in lebhafter Wucherung derselben bestehen. Die Darstellung L.'s über die erste Entwicklung der Deciduabalken und über den Anheftungsmodus der Zotten wird von Neuem bestätigt. Durch die entgegenwachsenden Zotten wird die Basalis wie Staub aufgewühlt und aufgewirbelt zu wolkenartigen Haufen von Deciduazellen, den ersten Anfängen der Balken. Die Kapillaren der Mucosa werden auf diese Weise fast bloßgelegt, und öffnen sich unter dem großen Blutdrucke oder durch das Eindringen von syncytialen Kolben in die intervillösen Räume. In den Deciduabalken hat L. schon sehr früh zuerst arterielle Gefäße nachgewiesen, welche sich in feinsten Verästelungen in die intervillösen Räume öffnen. Die venösen Abzugskanäle sind in viel geringerer Zahl nachzuweisen, die jedoch um so voluminöser sind. Die ersten Anfänge der Zotten zeigen sich immer als Anschwellungen und Auswüchse des syncytialen Chorionepithels, in welche sekundär das Chorionstroma mit Gefäßen hineinwuchert. Bezüglich der Herkunft des Syncytiums stehen die Verff. auf Seiten Peters'. Die auch von Hofmeier beobachtete, in den späteren Monaten immer mehr zunehmende Bekleidung der Serotina mit Syncytium, die von den Haftzotten ausgeht und allmählich endothelartigen Charakter annimmt, scheint den Verff. dafür zu sprechen, dass allmählich alle intervillösen Räume bis auf die Gefäßmündungen von fötalem Gewebe ausgekleidet werden (Heukelom). — Dies wären in Kurzem die hauptsächlichsten Punkte, die die Verff. berühren. Weitere Klärung der Frage wird von der genauen Beobachtung guterhaltener, junger menschlicher Eier, welche die zeitlichen Lücken ihres verschiedenen Alters ausfüllen, erwartet.

Courant (Breslau).

---

4) **Runge** (Göttingen). Männliche und weibliche Frauenheilkunde.

Göttingen, **Vandenhoeck & Ruprecht,** 1899.

Das viel diskutirte Thema des Frauenstudiums beleuchtet R. von der geschichtlichen Seite. Er weist nach, dass Frauenheilkunde und Geburtshilfe sich in den Händen der Frauen befanden, so lange ein Volk auf niederer Kulturstufe stand, dass die Leistungsfähigkeit

dieser Disciplinen eine um so geringere war, je ausschließlicher sie von Frauen betrieben wurde, und dass dieser Zweig der Medicin so spät wissenschaftlich ausgebaut wurde, weil der Mann jahrhundertelang davon ferngehalten wurde. Die Leistungen hervorragender Hebammen, wie Louise Bourgeois, de la Marche, Siegemundin, Horenburgin, Marie Luise Lachapelle, Marie Boinis etc. bekunden großen Fleiß, sorgsame kleine Beobachtung, genaues Zusammentragen des Wahrgenommenen, jedoch mangelt stets der große Überblick, es fehlt jede bahnbrechende Idee. Erfindungen, die eine gelehrte Vorbildung verlangten, z. B. der Forceps, gingen von Männern aus. Wo die Frau sich selbst geholfen hat, blieb die Hilfe auf niederer Stufe. Andererseits müssen Gründe vorliegen, die den Anlass zum Frauenstudium in der Medicin gaben. Unfähigkeit des Mannes, der Fürsorger des weiblichen Geschlechtes zu sein, kann die Ursache nicht sein, die Entwicklung der Gynäkologie beweist das zur Genüge.

Eben so muss der Einwand, dass die Schonung der Schamhaftigkeit der Frau weibliche Ärzte verlange, energisch zurückgewiesen werden. Es ist allein das Streben nach Broterwerb. Die bisherigen Versuche haben ergeben, dass die Frau von Heute dieselbe Qualifikation für die Frauenheilkunde besitzt, wie sie uns die Geschichte lehrt. Ob die Frau der Zukunft mehr leisten wird, bleibt abzuwarten. Nichts desto weniger kann die Frau sehr wohl in den Dienst der Frauenheilkunde gestellt werden, da vor Allem der Hebammenberuf und auch die Krankenpflege ein weites Arbeitsfeld für gebildete Frauen bieten. Der Staat müsste sich dann allerdings der Angelegenheit mit Energie annehmen, da die jetzigen Besoldungs- und Pensionsverhältnisse einen Fortschritt in der genannten Richtung unmöglich machen. **Stoeckel** (Bonn).

---

5) **Flatau.** Über künstliche Blasenfüllung bei der Laparotomie als Mittel zur Verhütung nachfolgender Harnverhaltung.

Inaug.-Diss., Kiel, 1899.

Werth füllt seit 1896 bei Laparotomirten nach vollendeter Operation, jedoch vor vollständigem Schlusse der Bauchwunde die Blase mit 350—400 ccm sterilen Wassers von annähernder Blutwärme an. Die Spannung der Blasenwand wird dabei durch die aufgelegte Hand kontrollirt. Die Menge der eingeführten Flüssigkeit richtet sich nach der in der Blase enthaltenen Urinmenge. Die fleißige tabellarische Zusammenstellung in der Arbeit F.'s lässt als Ergebnis dieses Vorgehens erkennen, dass die Harnverhaltung der Laparotomirten an Häufigkeit ihres Auftretens um 46%, die Blasenaffektion um 10% abgenommen hat. Zuweilen muss bei sehr starkem Harndrange doch katheterisirt werden; wird dabei die Blase aber nur zum Theile entleert, so ist eine 2. Katheterisation gewöhnlich nicht mehr nöthig. Man soll mit dieser einmaligen Katheterisation aber nicht zu voreilig sein. Selbstverständlich sind die Fälle ausgenommen, die

aus bestimmtem Grunde eine Entleerung der Harnblase nothwendig machen. Das Werth'sche Verfahren hat außerdem den Vortheil, dass durch die Blasenfüllung der hintere Beckenraum, der von Tumoren ausgefüllt war, ausgefüllt wird, so dass einem Herabsinken und einer Abknickung von Därmen hierselbst vorgebeugt wird. Adhäsionen können auf diese Weise nicht so leicht zu Stande kommen, die im Douglas angesammelte Flüssigkeit (Blut, Cysteninhalt etc.) wird nach dem Beckeneingange geschoben und durch die Bauchwunde entleert. Den Einfluss des Verfahrens auf die Harnentleerung erklärt Werth so, dass er eine starke Reizung der Nervenendigungen der Blasenschleimhaut durch die eingeführte Flüssigkeit annimmt. Dieser starke Reiz überwindet die reflektorische Hemmung, die von einer Reizung der sensiblen Nerven des Peritoneums ausgeht, eine Parese des Detrusors bedingt und so Harnverhaltung veranlasst.

Stoeckel (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

6) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

480. Sitzung am 16. Oktober 1899.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Backhaus i. V.

Der Vorsitzende legt der Gesellschaft 2 eingegangene Geschenke vor: a. Festschrift der Stadt München, der Naturforscherversammlung gestiftet, von Herrn v. Winckel-München; b. Verhandlungen der med. Gesellschaft zu Philadelphia, (Abtheilung für Gynäkologie).

Für beide Geschenke wird Namens der Gesellschaft gedankt und beschlossen, dass mit der med. Gesellschaft in Philadelphia ein Austausch der Verhandlungen stattfinden soll.

Herr Menge: Demonstrationen.

1) Extra-uteriner Fruchtsack mit lebender Frucht.

Das Präparat habe ich bei einer 32jährigen Frau operativ entfernt, welche mir schon mit der Diagnose Extra-uterin-Schwangerschaft zugeschickt wurde.

Anamnese charakteristisch. Anfang März 1899 letzte Menses in gewöhnlicher Stärke und Dauer. Schwangerschaftszeit Anfang des 8. Monates. Lebendes Kind.

Für die schon jetzt durchgeführte operative Therapie waren maßgebend die großen Beschwerden der Pat. und der Befund, dass der extra-uterine Fruchtsack geschlossen und ganz beweglich erschien, so dass eine leichte Stielung erwartet werden konnte. Diese günstigen Verhältnisse können jeder Zeit durch Ruptur des Sackes und ausgedehnte Adhäsionsbildung zerstört werden und sollten desshalb immer baldmöglichst ausgenutzt werden. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fanden sich trotz der guten Beweglichkeit mehrere Adhäsionen des Fruchtsackes mit dem Netze und besonders derbe mit dem Mesocolon rechterseits. Außerdem war der Fruchtsack, in welchem Tube und Ovarium völlig aufgegangen waren, partiell intraligamentär entwickelt. Die Stielung des Tumors war mühsamer wie erwartet und wurde vorübergehend dadurch sehr erschwert, dass aus der ausgerissenen brüchigen Fruchtsackwand eine heftige Blutung erfolgte, welche das ganze Operationsfeld überschwemmte. Desshalb breite Incision der Fruchtsackwand und Extraktion einer lebenden Frucht von 40 cm Länge, die bald post operationem stirbt. Die blutenden Ränder des Fruchtsackes werden mit Billrothklemmen gefasst, hierauf der Fruchtsack nach Spaltung des Ligamentum latum in toto ausgeschält. Dabei

entsteht ein großer Spalt im Mesocolon, der mit fortlaufender Naht wieder geschlossen wird. Nach Stielung des Tumors wird derselbe vom Uterus und von der Beckenwand abgebunden und abgetragen. Der auf dem Beckenboden liegende retroflektirte Uterus wird durch intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda in eine gute Anteversionslage gebracht. Exakte Blutstillung und Trockenlegung der Bauchhöhle. Schluss derselben durch Etagennaht.

Die Rekonvalescenz der Pat. wurde in den ersten Tagen nach der Operation durch eine Ätherbronchitis gestört. Am 3. Tage post operationem Ausstoßung der uterinen Decidua; am 18. Tage steht Pat. auf und am 22. Tage nach der Operation wird sie geheilt entlassen.

Interessante Einzelheiten des Fruchtsackes: Dissemenirte Entwicklung der Placenta in getrennten Lappen, die gürtelförmig angeordnet liegen. Zahlreiche Fibrinkeile. Velamentöse Insertion der Nabelschnur. Ovarium nicht zu finden, Tube verläuft in der Sackwand, ist aber nicht zu sondiren. In mikroskopischen Schnitten Tubenlumen vollkommen von der Eihöhle gesondert sichtbar. Keine Deciduabildung in der Tube. Die Sackwand enthält keine Muskelfasern. Da der ganze Fruchtsack abgeschlossen war und nach Ausschälung aus dem Ligament in toto exstirpirt werden konnte, das Ovarium sicher mit entfernt ist, handelt es sich anscheinend um eine Ovarialgravidität. Doch sind zum Beweise noch weitere histologische Untersuchungen nöthig.

2) Doppelseitiges Dermoidkystom.

Folgenden Fall berichte ich als amüsantes Naturkuriosum. Fräulein O., 33 Jahre alt, verlor im 12. Jahre innerhalb kurzer Zeit ohne bekannte Ursache sämmtliche Körperhaare. Kopfhaare, Achselhaare, Schamhaare, selbst Augenbrauen und Cilien fehlen vollkommen. Der Defekt war für die Pat. stets ein großer Kummer, so dass sie seinetwegen zahlreiche Ärzte aufsuchte, von denen einer ihr die tröstliche Aussicht eröffnete, dass sie doch noch einmal Haare wieder bekomme. Diese kühne Prophezeiung ist in einer unerwarteten Weise in Erfüllung gegangen. Die beiden Ovarialneubildungen, welche ich vor einiger Zeit bei der Pat. operativ entfernt habe, enthalten als Embryome zahlreiche blonde Haare. Man sieht, dass auch die Mutter Natur recht malitiös sein kann. Übrigens meldete die Pat. unlängst brieflich, dass seit der Operation wieder einzelne Cilien gewachsen seien. Die Wahrheit dieser Behauptung habe ich aber persönlich noch nicht kontrolliren können. Jedenfalls ist der Jubel der Pat. ein sehr großer.

Herr Zweifel: Kniehebelklemmen zum Blutstillen durch Quetschung.

(Als Originalmittheilung im Centralbl. f. Gynäkologie 1899. No. 37 erschienen.)

Diskussion: Herr Hennig nimmt an, dass Herr Zweifel die Unterbindung der Spermaticae in jedem Falle der größeren Sicherheit wegen einzeln vornehme, da doch Landau und Thumim mit ihrer einfachen Hebelklemme ohne Unterbindung ausgekommen seien, keine Nachblutung erfahren haben; vielleicht liegt es an der Konstruktion der Klemme, wenn die später nach Patentirung des Thumimschen Instrumentes gefertigten Exemplare nicht vollkommen zuverlässig seien.

Herr Menge: Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass Döderlein und Amann auf der Naturforscherversammlung in München in der Diskussion zu Veit's Demonstration über Angiothrypsie erklärt haben, dass sie in die Quetschfurche der Gewebe nachträglich Ligaturen legen. Beide Operateure haben eine größere praktische Erfahrung in der Anwendung der Angiothryptoren, und ihre Mittheilung ist doch wohl dahin aufzufassen, dass die reine Angiothrypsie ein nicht ganz zuverlässiges Operationsverfahren darstellt.

Herr Gräfe fragt an, ob auch Spätblutungen nach Anwendung der Klemmen vorgekommen sind. Es wird dies vom Vortr. verneint.

Herr Füth: Über die Dekapitation mit dem Zweifel'schen Trachelorhekter.

(Erscheint ausführlich als Originalmittheilung in dieser Nummer.)

Diskussion: Herr Zweifel: Wenn ich mir das Wort zuerst erbitte, so geschieht es, um einige Bemerkungen in eigener Sache an den Vortrag des Herrn Füth anzuschließen.

Dieser Vortrag berücksichtigt zuerst 2 Veröffentlichungen des Jahres 1895, deren erste, von mir stammend, an Stelle des Braun'schen Schlüsselhakens ein neues Instrument empfahl, deren zweite von Karl August Herzfeld in Wien eine Kritik an diesem Vorschlage ausübte, ehe er in der Lage war, das empfohlene Instrument nur überhaupt in der Hand zu haben, viel weniger es einmal am Phantom oder an der Lebenden zu versuchen. Und die Kritik Herzfeld's enthielt den Satz: »Die Gefahren, die Zweifel neuestens dem Braun'schen Schlüsselhaken nachsagt, besitzt das Instrument bei richtiger Anwendung nicht, und man hat kein Recht über ein Instrument abfällig zu urtheilen, wenn man sich bei seiner Anwendung nicht an die Vorschriften des Erfinders hält«.

Um hier Recht und Unrecht abwägen zu können, müssen mir die Zuhörer gestatten, das, was ich in dem Aufsatze über den Braun'schen Schlüsselhaken angegeben hatte, zu wiederholen, nämlich, dass derselbe in Folge seiner Krümmung bei den Umdrehungen eine Schiebung im Sinne seiner Längsachse erfahre und dass desswegen bei den Umdrehungen ein starkes Anziehen unerlässlich sei, weil sonst der Haken vom Halse sich in die Höhe schiebe. Dies wurde vom Braun-schen Haken gesagt; aber jeder andere, auch der von mir abgeänderte, wirkt als einzelner Haken als einarmiger Hebel auf den Hals und erzeugt beim Umdrehen eine Mitbewegung des Kindes in gleichem Sinne, die unbedingt ein stärkeres Abwärtsziehen zur Folge haben muss.

Ich habe jahrelang auf Herzfeld's Vorwurf geschwiegen, weil ich mit sachlichen Gegengründen erwidern wollte. Da die sachliche Antwort von Herrn Füth in vorzüglicher Weise gegeben ist, will ich darauf nicht zurückkommen; nur noch einmal den Lesern vor Augen führen, was ich nicht genau nach des Erfinders Vorschrift ausgeführt haben soll: die Wahl der deckenden Hand. Ich soll nicht eingehalten haben bei erster Schulterlage (Sc. L. A.) die rechte, bei zweiter die linke Hand zur Deckung genommen zu haben.

Aber, möchte ich fragen, hat die Wahl der deckenden Hand irgend etwas zu thun mit der Schiebung des Braun'schen Hakens, die herrührt von dessen Krümmung? Natürlich nicht. Es hat also Herzfeld nur den Anlass benutzen wollen, mir vorzuwerfen, dass ich mich bezüglich der deckenden Hand nicht an die Vorschriften C. Braun's gehalten habe. Die Aufgabe der deckenden Hand besteht zunächst in einem Schutze der mütterlichen Weichtheile vor Verletzungen durch das Instrument, zweitens nach Absicht C. Braun's im Festhalten des Halses und Verhindern des Mitdrehens des Kindes.

So weit die Deckung der mütterlichen Weichtheile in Betracht kommt, ist es bei erster Lage schwerer, mit der rechten Hand an den Hals zu kommen und wenn der Erfolg oder Misserfolg mit dem Braun'schen Schlüsselhaken ausschließlich von dieser Wahl abhinge, so wäre das Instrument ein recht unpraktisches zu nennen, weil man bei den Dekapitationen oft nicht nach Art des Braun'schen Vorschlages die Hand an den Hals legen kann und überhaupt froh sein muss, mit irgend einer Hand den Hals zu erreichen. Dann ist dies meistens mit der linken Hand in der linken Seite eher möglich als umgekehrt. Das ist insbesondere der Fall, wo nach draußen unternommenen aber misslungenen Wendungsversuchen die Kreißenden in die Kliniken eingeliefert werden. Doch habe ich, ohne mich an diese Feinheit der Vorschriften zu halten, den Braun'schen Haken in seiner ursprünglichen Form oft und mit glücklichem Ausgange angelegt.

Was die zweite Aufgabe der eingeführten Hand betrifft, dass sie gegen den Hebeldruck der außen arbeitenden gegenstemmen und die Mitbewegung des Kindes verhindern soll, so habe ich bei eigenen Operationen erlebt, dass ich mit der nach C. Braun's Vorschrift eingelegten Hand die Mitbewegung nicht unterdrücken konnte. Und das ist bei dem oft sehr hoch stehenden Halse, um den man nur mit größter Anstrengung die 2 Finger legen kann, selbstverständlich,

weil die an einem Hebel wirkende äußere Hand natürlich mehr Kraft entwickeln kann, als die innere Hand entgegen zu leisten im Stande ist.

Wenn Herzfeld daraus einen Vorwurf machte, dass ich mir hier erlaubte, eine andere Meinung zu haben, so hat er Unrecht, erstens weil ich kein abfälliges Urtheil über das Braun'sche Instrument gefällt habe, sondern es nur als verbesserungsfähig bezeichnete, zweitens aber, weil ich denn doch, als ich mir ein eigenes Urtheil erlaubte, genug Erfahrung hinter mir hatte und zu der Wahl der Hand aus eigener Erfahrung Stellung zu nehmen berechtigt war.

Die Unnachgiebigkeit des kindlichen Halses bestimmt die Stärke des Zuges, mit welchem man abwärts ziehen muss und unter dieser Unnachgiebigkeit hauptsächlich der Widerstand der Halswirbelsäule.

Bei einem Kinde von $5^1/_2$—6 Pfund Gewicht ist die Halswirbelsäule so schmächtig, dass sie von jedem Instrument leicht gebrochen wird, während ich wiederholt bei großen Kindern zwischen 7 und 8 Pfund Gewicht mit dem Braun'schen Schlüsselhaken mich lange abgequält habe, ehe es mir gelang, die Halswirbelsäule zu brechen. Wenn dabei die Wahl der Hand für den Verlauf der Operation so ausschlaggebend wäre, wie dies Herzfeld hinstellt, so hätte ich die Mühe nicht gehabt, weil ich wiederholt die Hand nach Braun's Vorschrift einführte, ohne dadurch eine Erleichterung der Aufgabe zu verspüren.

Nach der Belehrung über meine Fehler geht dann Herzfeld dazu über, die Fehler meines neu angegebenen Instrumentes zu übertreiben, bezw. Fehler herauszuklügeln, wo keine sind. Über den Einwand, dass ein Mangel der Aseptik dabei vorkomme, wenn man erst oben decke und dann mit derselben Hand an die Griffe geht, verliere ich keine Worte: denn dieser hat denselben Sinn, als wenn man bei der Zangenoperation es als Fehler gegen die Asepsis bezeichnen wollte, dass die Hand, welche man bei dem Probezuge in die Geburtswege einführt, nachher wieder an die Zangengriffe legt — wohl verstanden nach vorausgegangener Desinfektion der Instrumente, Genitalien und der Hände.

Nur auf den Punkt gehe ich näher ein, dass das Aufgeben der Deckung für die Dauer des Aufdrehens der beiden Zwillingshaken von Herzfeld für gefährlich gehalten wird; weil dieser Einwand sofort Schule machte, unbesehen und trotz meiner gegentheiligen Versicherung von den Ref. nachgedruckt und gleich zur Ablehnung a limine benutzt wurde. Wenn Herzfeld mit seinem Urtheile abgewartet hätte, bis er einen Versuch am Phantom gemacht, so wäre es ihm auch klar geworden, dass bei diesem Aufdrehen der Haken, weil die stumpfen Enden um ihrer Krümmung willen durch die Haut des kindlichen Halses gedeckt sind, eine Verletzung mütterlicher Weichtheile völlig ausgeschlossen ist. Natürlich ist es ja ein Leichtes, beim Aufdrehen die Deckung beizubehalten, es wäre also noch lange kein Grund, a limine das neue Instrument abzulehnen: aber ich betone nach hinreichender eigener Erfahrung, dass dieser Einwand Herzfeld's durchaus unrichtig und ungültig ist. So wie die Halswirbelsäule gebrochen ist und das Abdrehen der Weichtheile beginnt, so muss auch nach meinen Vorschriften die Deckung wieder einsetzen.

Wie gut passt zu diesem voreilig absprechenden Urtheile die von Herzfeld selbst gebrauchte Sentenz: »Man hat kein Recht über ein Instrument abfällig zu urtheilen, wenn man es — nicht einmal genau angesehen, noch weniger nach des Erfinders Vorschrift versucht hat«.

Die anwesenden Herren bitte ich jetzt, durch eine Operation am Phantom sich selbst zu überzeugen, dass beim Aufdrehen der über die Wirbelsäule gesetzten Haken die mütterlichen Weichtheile auch beim Fehlen einer deckenden Hand unmöglich verletzt werden können, und sich ferner zu überzeugen, wie leicht die Luxation der Halswirbel geschieht.

---

7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 10. November 1899.

Vorsitzender: Herr P. Ruge; Schriftführer: Herr Flaischlen.

I. Herr Emanuel: Demonstration mikroskopischer Präparate eines Ovarialdermoids mit dem Skioptikon.

E. demonstrirt mittels Projektion eine Anzahl mikroskopischer Präparate von einer kaum erbsengroßen Dermoidbildung des Ovariums; sie liegt überall noch von Ovarialsubstanz umgeben inmitten einer Cyste, die der Vortr. als veränderten Graaf'schen Follikel auffasst. Das Dermoid selbst enthält bereits die Abkömmlinge aller 3 Keimblätter, wenn auch die Entwicklung derselben, mit Ausnahme eines der äußeren Haut völlig analogen Gewebes, nicht einen so hohen Grad erreicht, wie wir es sonst in den stets größer vorliegenden Dermoiden zu sehen gewohnt sind. Wenn die gemachten Befunde auch nichts Neues bringen, der Vortr. in ihnen vielmehr eine Bestätigung der von Wilms zuerst aufgestellten Behauptung sieht, dass alle Ovarialdermoide die Produkte aller 3 Keimblätter enthalten, so ist doch die Beobachtung in so fern von Bedeutung, als in einem so kleinen Dermoid, welches sich in einem so frühen Stadium der Entwicklung befindet, bereits alle 3 Keimblätter angelegt sind. Mit der Annahme, dass das Dermoid sich hier in einem, wenn auch veränderten Graaf'schen Follikel entwickelt hat, zugleich in Hinblick auf die Anwesenheit der 3 Keimblätter in der Neubildung, glaubt sich der Vortr. zu dem Schlusse berechtigt, dass hier das weibliche Ei die Grundlage für die Entwicklung des Dermoids abgegeben hat.

(Die Arbeit erscheint ausführlich in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

II. Demonstration von Präparaten.

1) Herr Koblanck: Demonstration von 2 Präparaten interstitieller Schwangerschaft aus dem 1. Monate, durch Operation nach Berstung der Uterusecken gewonnen. Beide Kranke wurden geheilt. In dem letzten Falle wurde nach Durchtrennung der Tube die geplatzte Uterusecke ausgeschnitten und die völlig unveränderte Tube in den Uterus wieder eingepflanzt.

2) Herr Olshausen demonstrirt einen aus multiplen Myomen gebildeten Tumor von 39 Pfund Gewicht, welchen er Tags zuvor exstirpirt hatte. Von Interesse ist das recht rasche Wachsthum der durchweg soliden, sehr festen Geschwulst, die nichts von lymphangiektatischen Veränderungen auf dem Durchschnitte zeigt. Die Operation war eine ziemlich typische Amputatio supravaginalis und nahezu unblutig.

3) Herr Czempin demonstrirt einen Uterus, bei welchem er 2½ Monate vorher die Vaporisation vorgenommen hatte, und welcher die Vorzüge, wie auch die Gefahren dieser modernen Operation zeigt.

Es handelte sich um ein Mädchen Ausgangs der 30er, bei welcher 1 Jahr vorher von anderer Seite die linken Adnexe entfernt worden waren. Sie litt nunmehr an einem faustgroßen Tumor der rechten Adnexe, gleichzeitig an starken Blutungen in Folge eines Uterusmyoms. Um der Pat. eine 2. Operation vorläufig zu ersparen, wurde der Versuch gemacht, den Uterus durch eine Vaporisation zu veröden. Die Dampfverbrennung wurde 2 Minuten lang ausgeführt. Der Erfolg war der, dass die Blutungen aufhörten, doch traten nunmehr die Beschwerden des Adnextumors derartig in den Vordergrund, dass die Entfernung desselben durch die Laparotomie geboten erschien. Bei dieser Operation wurde die Exstirpation des Uterus mit vorgenommen, um der Pat. eine 2. Operation zu ersparen.

Da die Vaporisation lediglich zum Zwecke der vollen Verödung der Schleimhaut vorgenommen worden war, war nicht besondere Vorsicht für die Erhaltung

des Cervicalkanals beachtet worden. Man sieht desshalb an dem herausgeschnittenen Organe den Kanal bis hoch hinauf in das Corpus vollkommen unwegsam; indessen ist an der Stelle, wo das Myom in die Uterushöhle hineinspringt, und letztere unregelmäßig verläuft, eine kleine Höhle, ca. walnussgroß, wo funktionirende Schleimhaut stehen geblieben war, und sich auch ein Esslöffel Blut angesammelt hatte.

Der Fall zeigt, dass bei normal verlaufender Uterushöhle eine vollkommene Verödung der Schleimhaut durch die Vaporisation möglich ist, nicht aber bei einer unregelmäßig verlaufenden Höhle; ferner dass die völlige Verödung des Cervicalkanals ein Fehler ist, welcher in Rücksicht auf diese erstere Möglichkeit sorgsam zu vermeiden ist.

4) Herr Steffeck demonstrirt:

a. ein walnussgroßes Sarkom, das sich im submukösen Bindegewebe des Vestibulum rechts unterhalb der Urethra entwickelt hatte. Die Exstirpation des Tumors brachte anscheinend Dauerheilung, denn jetzt, $1^1/_2$ Jahr nach der Operation, ist keine Spur eines Recidivs vorhanden.

b. die Flüssigkeit aus einem Dermoid des Beckenbindegewebes. Es fand sich ein über kindskopfgroßer, cystischer Tumor, zwischen Kreuzbein und Mastdarm gelegen, der die hintere Scheidenwand stark vorwölbte, das kleine Becken zum größten Theile ausfüllte und den Uterus nach rechts oben dislocirt hatte. Die Operation wurde ausgeführt durch einen sagittalen Schnitt, links seitlich vom Damme. Der Tumor ließ sich zum größten Theile stumpf ausschälen, platzte dann aber und entleerte gelblichen, fettigen Brei. Die dünne Cystenwand ließ sich bis auf einen kleinen Rest, der in der Höhe des 3. Kreuzbeinwirbels im Bindegewebe fest anhaftete, ganz entfernen. Theilweise Drainage, theilweise Vernähung der Höhle.

III. Diskussion über den Vortrag des Herrn Kauffmann: Über die Dauerresultate der Vaginofixationen.

Herr Olshausen macht darauf aufmerksam, dass außer den drei von Herrn Kauffmann genannten Stellungen des Uterus nach Vaginofixation noch eine vierte vorkommt; nämlich eine Geradstellung oder auch Anteversio uteri mit Abbiegung des Fundus nach hinten. Auch diese darf in klinischer Beziehung als Heilung betrachtet werden, wie dies Herr Kauffmann mit Recht auch von der bloßen Geradstellung sagt.

Die Annahme des Vortr., dass die intraperitoneale Fixation bessere Resultate ergiebt, ist jedenfalls in so fern richtig, als sehr hohe Fixation nur intraperitoneal ausgeführt werden kann. Geht man aber mit der Fixation nicht höher, als bis höchstens 2 cm über das Orificium internum hinaus, so kann man eben so gut ohne Eröffnung des Peritoneums auskommen. Den Grundsatz, nicht höher hinauf zu fixiren, hat O. schon vor Jahren und zuerst vorgeschlagen. Jetzt wird dieser Grundsatz, wie es scheint, ziemlich allgemein für richtig gehalten.

Die wesentlichste Indikation für die Vaginofixation sieht O. beim Prolapsus uteri gegeben. Hier ist die Vaginofixation eine wesentliche Hilfsoperation der Prolapsoperation, deren Dauerresultate sie sichern helfen soll.

Herr Flaischlen: Im Wesentlichen möchte ich mich mit den Ausführungen des Herrn Kauffmann einverstanden erklären. Die Ausführung der Vaginofixation sollte im geschlechtsreifen Alter möglichst vermieden werden. Sehr gute Resultate habe ich bei großen Cystocelen erzielt durch Kombination der Vaginofixation mit ausgiebiger Blasenraffung. Die Ventrofixation wegen Prolaps habe ich mit Erfolg bei ausgesprochenem primärem Uterusprolaps ausgeführt.

Die Alexander-Adams'sche Operation halte ich noch heute, eben so wie vor einem Jahre, als ich die Ehre hatte, hier darüber vorzutragen, für eine im Erfolge sichere, in der Ausführung fast vollkommen ungefährliche Operation, welche

dazu dient, eine mobile Retroflexio oder eine, nach Lösung der Adhäsionen, mobil gemachte Rückwärtslagerung des Uterus dauernd operativ zu beseitigen.

In einem Punkte kann ich Herrn Kauffmann nicht zustimmen, nämlich darin, dass er die Alexander-Adams'sche Operation bei Virgines und Nulliparen nicht anrathen kann. Gerade hier habe ich sehr gute Erfolge erzielt und halte die Operation für besonders geboten. Wenn auch die Ligg. rot. am lateralen Ende bei Virgines oft dünn sind, so kann man das Einreißen derselben bei einiger Vorsicht sicher vermeiden. Nähert man sich dem Peritonealtrichter, so sind die runden Mutterbänder auch bei Virgines immer kräftig entwickelt.

Vor wenigen Tagen habe ich eine Pat. untersucht, bei der ich vor $2^1/_2$ Jahren die Alexander-Adams'sche Operation ausgeführt hatte, und bei der mir damals, wo meine Technik der Operation noch keine genügende war, ein Ligament abriss. Der Uterus lag, obwohl er nur an einem Lig. rot. fixirt war, in Anteflexion, die Pat. fühlte sich vollkommen wohl. Ich möchte die Alexander-Adams'sche Operation allen Fachgenossen wieder warm empfehlen.

Herr Witte: Die Vaginofixation verdient eine weit größere Anwendung, eine richtige Technik und die Ausschaltung solcher Fälle vorausgesetzt, bei denen die Größe und Schwere des Uterus oder die Erweichung bezw. Verfettung der Uterusmuskulatur eine Kontraindikation bildet.

Erst seit 3 Jahren ist es mir gelungen, Recidive nach Vaginofixation zu vermeiden, ohne dafür Störungen bei der Entbindung einzutauschen; die Resultate aus dem Jahre 1897 lasse ich kurz folgen: es sind 14 Fälle; von diesen sind 2 Gravidae, im 5. bezw. 7. Monate, 2 haben eine normale Schwangerschaft und Entbindung durchgemacht, 1 hat abortirt; die übrigen 9 sind frei von Beschwerden, der Uterus liegt überall normal, wie ich vor 4 Wochen konstatiren konnte.

Die Technik ist durchaus nicht so einfach, dass jeder Arzt in der Sprechstunde die Vaginofixation unternehmen könnte. Es kommt darauf an, eine möglichst feste Verbindung im unteren Drittel des Corpus uteri herzustellen, da die Blase, wie ein Reiter auf dem Sattel des Pferdes, beständig ihre alte Lage einzunehmen sucht, und somit die schwache Stelle, die neue Verwachsung zwischen Uterus und Scheide, gefährdet.

Ich lege 3 Seidenfäden, wie sie zum Schlusse der Bauchwunde nach Leibschnitt Verwendung finden, durch Scheide, Uterus und Scheide, im unteren Drittel des Corpus uteri. Die Seide reizt stark, da sie wochenlang in Sublimat bezw. Karbollösung gelegen hat.

Beim Knoten der Seidenfäden entsteht in der Uterusmuskulatur beiderseits eine unregelmäßige Rissquetschwunde, deren Ränder nach außen gestülpt sind, und mit der Subserosa der Blase, so wie der Submucosa der Scheide in Verklebung und Verwachsung kommen. Diese Fäden bleiben 4—6 Wochen liegen. Die abgelöste Scheidenwand wird mit Katgut direkt auf die Cervix aufgenäht.

Wie schon erwähnt, kann ich diese Methode nur warm empfehlen.

Die Vaginofixation, bei richtiger Technik und Ausschluss ungeeigneter Fälle, ist eine vollwerthige Operation für jedes Lebensalter der Frauen.

Herr Gottschalk stimmt dem Herrn Vortr. darin bei, dass nach wie vor die Pessarbehandlung die souveräne Behandlungsmethode bei der Retroflexio uteri, in so fern sie Beschwerden macht, bleiben müsse.

Die von G. in d. Centralblatt 1899 No. 4 beschriebene Operationsmethode dürfe man nicht den Vaginofixationen einfach einreihen, wie das vom Herrn Vortr. geschehen sei. Habe G. doch gerade mit dieser, allerdings vaginalen, aber rein intraperitonealen, symperitonealen Methode den Zweck verfolgt, das Corpus uteri unter möglichster Erhaltung seiner physiologischen Beweglichkeit in eine Normallage zu bringen — im Gegensatze zu der forcirten Anteversio-flexio, in welche der Uterus bei der Festlegung an die Scheide geräth. Weder mittelbar, noch unmittelbar gewinne das Corpus uteri bei G.'s Methode einen Befestigungspunkt an der Scheide.

G. ist in der Lage, über das weitere Befinden der veröffentlichten 14 Fälle nur Günstiges berichten zu können, alle befinden sich subjektiv wohl, bei keiner Pat. ist ein Recidiv der Retroflexio beobachtet worden. Eine, Fall 5 der Tabelle (cf. a. a. O.), welche eine starke Perisalpingo-Oophoritis chronica adhaesiva neben der Retroflexio fixata aufwies und mehrere Jahre steril war, ist durch die Operation von ihrer Sterilität geheilt und hat im September 1899, am normalen Ende, sehr leicht, ohne ärztliche Hilfe, geboren.

Seit September 1898 bis jetzt hat G. weitere 18 Fälle nach dieser Methode operirt, 17 mit Erfolg, der sowohl in subjektiver als objektiver Hinsicht bis jetzt andauert; 1 Fall wurde ohne Erfolg operirt, er war durch starke chronische Metritis mit Wirbelsteifigkeit, starke Perimetritis chronica adhaesiva und durch Hufeisenwanderniere komplicirt. Während die letztere durch Lendenschnitt dauernd befestigt blieb, heilte das schwere Corpus uteri gar nicht vorn an, der Uterus lag wenige Tage nach der Operation wieder retroflektirt.

Unter diesen 18 Fällen waren nur 4 mit beweglicher Retroflexio, aber auch diese mit starkem Descensus des Uterus und beider Scheidenwände vergesellschaftet, alle übrigen Fälle waren fixirt und mehr oder minder durch entzündliche Erkrankungen der Anhänge komplicirt.

Bei der konservativen Prolapsoperation ist diese intraperitoneale Fixation des Corpus uteri eine ausgezeichnete Hilfsoperation neben der vaginalen Verkürzung der Ligg. sacro-uterina nach der von G. in d. Centralblatt 1896 No. 16 beschriebenen Methode.

Die Vernähung von Cystocele, Rectocele und der vertieften Douglas'schen Tasche durch Tabaksbeutelnähte hält G. für nothwendig; er legt aber vorn zur Bildung eines Septum urethro- bezw. vesico-vaginale noch eine Unterstechungsnaht, welche die Blasenwand — nach Vernähung der Cystocele — nur mit der Muscularis der vorderen Scheidenwand beiderseits in der Medianlinie durch Zwirnknopfnähte vereinigt. Erst jetzt erfolgt die Resektion der durch diese Naht überschüssig gewordenen, wie Flügel herabhängenden Scheidenlappen. Danach werden die Scheidenwundränder isolirt durch Knopfnähte vereinigt. Einer Wiederkehr der Cystocele ist durch diese 3schichtige Naht sicher vorgebeugt.

Eben so vereinigt G. seit Jahren nach Vernähung der Rectocele den M. levator ani mit der Muscularis der hinteren Scheidenwand an der Grenze des unteren Scheidendrittels durch Unterstechungsnaht; dadurch wird der Scheide eine feste Stütze geschaffen und einem Recidiv der Rectocele dauernd begegnet. (Ziegenspeck hat hierauf neuerdings eine neue Operationsmethode basirt; cf. Verhandl. der gyn. Sektion der Münchener Naturforscherversammlung.)

Herr R. Schaeffer berichtet über 17 Fälle von Vaginofixation, welche von anderen Gynäkologen operirt wurden, und die er in den letzten 2 Jahren zu sehen bekommen hat. Unter diesen war 11mal ein Recidiv eingetreten, nur 6mal lag der Uterus anteflektirt. 3mal waren spontane Entbindungen hinterher erfolgt, stets lag der Uterus hier retroflektirt. Bei 8 Nulliparen, welche wohl in der Absicht, die Konception zu erleichtern, operirt worden waren, war dieser Erfolg nicht eingetreten. Von den 11 Recidiven hatten 4 lebhafte Beschwerden, eben so von den 6 Kranken, bei denen der Uterus antefixirt lag, 3 Kranke. Natürlich soll diese Statistik keine Allgemeingültigkeit beanspruchen.

Herr P. Strassmann richtet an den Vortr. die Frage, ob nicht Blasensteine nach Versenkung der Silkwormfäden öfters beobachtet seien. Sehr schwierig gestalte sich die Behandlung einer Retroflexio, die nach Prolapsoperation noch weiter besteht. Pessar ist oft nicht mehr möglich, eine 2. Operation wird verweigert. Die Retroflexio muss bei der Prolapsoperation mit beseitigt werden.

Einen seltenen Geburtsverlauf hatte S. Gelegenheit in der geburtshilflichen Poliklinik (kgl. Charité) am 10. Mai 1899 zu beobachten. Von anderer Seite waren 1895 durch Colpotomia anterior die rechten Adnexe entfernt, links Follikel punktirt und dann der Uterus vaginifixirt worden. Neben der typischen Vaginifixuraussackung hatte sich zwischen den Blättern des rechten Lig. latum — wo die

Adnexe entfernt waren — eine Art Uterusdivertikel gebildet. Nach 3tägigem Kreißen bestand Tetanus uteri, absolutes Geburtshindernis, Wendung oder Zerstückelung der in Schieflage befindlichen Frucht unmöglich. Daher auf der eingeführten Hand Incision des Knickungsrings vom Uterusinnern aus mit der Knieschere. Nun gelingt die Wendung. Dabei aber inkomplete Uterusruptur links, entfernt von der Incision. Tamponade des Uterus und des linken interligamentären Raumes. Entfernung der Tampons am 9. Tage. Glatte Genesung. Frucht 53 cm, lebt. Die früheren 5 Geburten der Frau waren ohne Kunsthilfe verlaufen.

Nicht das anatomische Resultat, sondern das Freisein von Beschwerden kommt bei den Dauerresultaten in Frage. S. hat daraufhin im Jahre 1895 die durchschnittlich vor 2—3 Jahren behandelten Fälle von Retroflexio uteri fixata der Gusserow-schen gynäkologischen Poliklinik nachuntersucht. Fälle von Adnextumoren, Exsudaten etc. sind nicht mit zur Statistik herangezogen worden. Von einer Serie über 22 Fälle, bei denen die Aufrichtung nach B. S. Schultze — theilweise mit voraufgehender Massage, Tamponbehandlung, Hydrotherapie — in Narkose vorgenommen war, zeigten 16 = 72,7% eine gute Lage (Anteflexio), 6mal war die Retroflexio bestehen geblieben. Wurde aber die Arbeitsfähigkeit als Grundlage der »Heilung« oder »Besserung« genommen, d. h. konnte die Pat., ohne Beschwerden zu bekommen, arbeiten, so waren von den 16 Pat. mit Anteflexio nur 11 = 68,8% der »Anteflektirten« gebessert. Das mag vielleicht mit noch bestehenden Adhäsionen zusammenhängen. Was die 6 mit Retroflexio betrifft, so waren 3 = 50% in obigem Sinne gebessert, eine nicht unbedeutende Ziffer! Mithin zeigten von 22 Pat. 72,7% gute Lagen, aber nur 63,6% Freisein von Beschwerden.

Eine 2. Serie von zufällig auch 22 Fällen (1890—1892) war wegen fixirter Retroflexio — wie es damals aufkam — mit transperitonealer Vaginifixur behandelt worden, 2 davon zuvor noch durch Narkosenaufrichtung nach Schultze, andere vorbereitet durch Massage etc. Bei der Nachuntersuchung lagen 13 Uteri = 59% in guter Position (Anteflexio), 9 = 41% in Retroversio oder Retroflexio. Trotzdem waren 16 = 74,7% beschwerdefrei. Charakteristisch war, dass es beschwerdefreie Frauen mit Retroflexio und nicht gebesserte mit Anteflexio gab.

Ähnliches ist auch bei der Ventrifixur der Fall. Unter 19 nachuntersuchten Ventrifixirten (nach Cristede, Archiv für Gynäkologie) waren 3 = 21,5% nicht gebessert.

Von den erfolglos Vaginifixirten der obigen Serie war eine nach 3—4 Jahren noch von anderer Seite ventrifixirt und kastrirt worden. Der Uterus lag nunmehr gut, aber die Pat. hatte einen Bauchbruch und war nicht arbeitsfähig.

S. fragt den Vortr., wie Arbeitsfähigkeit und subjektives Befinden der Pat. waren. Wir wollen nicht nur den Uterus in seine Lage bringen, sondern auch erreichen, dass die Pat. sich geheilt und gebessert fühlen.

Herr Czempin ist Anhänger der ventralen Operationsmethode bei der Retroflexio uteri. Die vaginale Operationsmethode ist indessen eine ausgezeichnete Methode in all den Fällen, wo eine plastische Operation gleichzeitig mit der Retroflexionsoperation verbunden werden muss, also in erster Linie bei den Prolapsoperationen, wo sie direkt einem Bedürfnisse abgeholfen hat. Denn eine Prolapsoperation, mag sie noch so künstlich ausgeführt sein, ohne Beseitigung einer gleichzeitig bestehenden Retroflexio, trägt das Recidiv in sich. Die Retroflexio ist eben meist nicht eine Komplikation des Prolapses, sondern zumeist seine Ursache.

Für die Totalprolapse, welche C. früher mit Exstirpation des Uterus behandelt hat, verbindet er jetzt die Vaginofixation mit der von Wertheim vorgeschlagenen Verkürzung der Ligg. sacro-uterina, eine zwar etwas blutige und eingreifende Operation, welche aber nicht nur eine Hebung des Fundus nach vorn, sondern auch eine energische Hebung der Cervix nach hinten gestattet, und so dem Recidiv am besten vorbeugt.

Eine 2. Indikation für die vaginale Operationsmethode sieht C. in der starken Erschlaffung der Bauchdecken, welche nach seiner Meinung eine Kontraindikation gegen die ventrale Fixation abgiebt. Bei schlaffen Bauchdecken sah C. schnell

Recidive nach Ventrofixation eintreten und erklärt diese durch die Wirkung der in der descendirten Bauchfelltasche mitdescendirten Darmschlingen, welche den fixirten Uterus leicht wieder verdrängen.

Herr Bröse ist der Ansicht, dass die verschiedenen Operationsmethoden für die Retroflexio, welche jetzt konkurriren, die Ventrofixation, die Alexander-Adams'sche Operation, die Wertheim-Bode'sche Methode, endlich die Vaginofixation, jede ihre Berechtigung hat, und dass man bei der Auswahl der Fälle lernen muss, mehr und mehr zu individualisiren und für die einzelnen Fälle die passende Operationsmethode auszuwählen. B. ist besonders durch die Recidive, welche er nach der Alexander-Adams'schen Operation eintreten sah, zu dieser Auffassung gekommen. Es handelte sich bei diesen Recidiven immer um Fälle mit großem, schwerem Uterus und starker Erschlaffung der Bauchdecken und der gesammten Eingeweide. Für derartige Fälle passt am besten die Ventrofixation.

Im Gegensatze zu Herrn Kauffmann aber ist B. der Ansicht, dass gerade für Virgines, so wie für Personen mit kleinem Uterus die Alexander-Adams-sche Operation zu wählen ist. Endlich möchte B. auch die Vaginofixation nicht mehr entbehren, und zwar einmal für die Fälle von Prolaps, die mit Retroflexio kombinirt sind, und ferner für die Therapie der Retroflexio fixata. Die meisten dieser Fälle lassen sich durch Kolpotomie mit nachfolgender Vaginofixation ausheilen. Natürlich muss man, um etwaigen später auftretenden geburtshilflichen Störungen vorzubeugen, die tiefe Vaginofixation ausführen. B. führt diese stets mit Eröffnung des Peritoneums aus, da er bei der Vaginofixation ohne Eröffnung des Peritoneums zu viel Recidive erlebt hat. Der Uterus wird 1—$1^{1}/_{2}$ cm oberhalb des inneren Muttermundes an die Scheide mit Seidennähten festgenäht. Die Seidennähte werden erst nach 6—7 Wochen entfernt.

Recidive kommen übrigens nach allen Operationsmethoden der Retroflexio vor.

Herr Koblanck vervollständigt die Prolapsoperationen bei Frauen im zeugungsfähigen Alter durch Verkürzung der Ligg. rotunda resp. bei starker Retroflexio durch Verkürzung dieser und der Ligg. sacro-uterina von der Scheide aus. Mit den primären Resultaten ist er sehr zufrieden.

Herr Bokelmann giebt seiner Verwunderung darüber Ausdruck, dass fast sämmtliche Redner von der normalen, durch die Vaginofixation hergestellten Uteruslage gesprochen hätten. Er selbst hat bei mehreren, von anderer Seite operirten Pat., die er in seiner Sprechstunde zu untersuchen Gelegenheit hatte, niemals eine normale Lage des Uterus, sondern stets eine hochgradig pathologische Anteversionsstellung gefunden. Außerdem bestanden in der Regel außerordentlich unangenehme subjektive Beschwerden, so dass B. den Eindruck gewinnen musste, dass diejenigen Vaginofixirten am besten daran sind, welche möglichst bald ein Recidiv ihrer Retroflexio bekommen.

Herr Kauffmann (Schlusswort): Die von Herrn Olshausen hervorgehobenen Fälle von Anteversio mit Retroflexio möchte auch er als geheilt betrachten vom klinischen Standpunkte, dieselben gehören dann in die Gruppe der »relativen Heilungen«. Bei intraperitonealen Fixationen kann man mit Katgut auskommen, während für die extraperitoneal fixirten Fälle sich die Verwendung von Silkworm durchaus empfiehlt.

Für größere und totale Prolapse hält K. die Vaginofixation mit entsprechender Prolapsoperation nicht für ausreichend, um sich vor Recidiven zu schützen. Hier thut man besser, den Uterus zu ventrofixiren.

Herr Flaischlen und Herr Bröse halten gerade bei Nulliparen die Alexander-Adams'sche Operation für die einzig richtige. Die Schwierigkeiten mit den Ligamenten werden ja bei größerer Übung schwinden, aber es bedarf doch eines größeren Materials, sich diese Übung erst zu verschaffen.

Herrn Gottschalk's Methode ist allerdings nicht eine Vaginofixation im eigentlichen Sinne. Ob sie das hält, was sich Herr Gottschalk von ihr verspricht, wird sich erst aus der Beobachtung einer größeren Reihe von Geburten ergeben, die nach dieser Operation auftreten.

Herrn Strassmann's Anfrage, ob nie Blasensteine sich nach der Öffnung der Blase gebildet haben, muss K. verneinen. Cystoskopische Untersuchungen sind allerdings bei solchen Frauen nicht vorgenommen.

---

8) Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 16. April 1899.

Präsident: Treub; Schriftführerin: Dr. van Tussenbroek.

Holleman: Digitaluntersuchung des Cavum uteri.

Bei einer 52jährigen Virgo war vor 5 Jahren wegen heftiger Menorrhagien curettirt worden; mikroskopisch wurde damals vom behandelnden Arzte Carcinom diagnosticirt und die Totalexstirpation vorgeschlagen, welche verweigert wurde. Vor 7 Monaten kam die Pat. wegen erneuter heftiger Blutung zu H., der nochmals curettirte und mikroskopisch nichts Malignes fand. Zum Zwecke näherer Untersuchung wurde Laminaria eingelegt, darauf die Uterushöhle ausgetastet. Es fand sich nichts Malignes, wohl aber ein taubeneigroßes Myom in der linken Tubenecke als Ursache der Blutung. Das Myom wurde entfernt, die Blutung stand, der Verlauf war reaktionslos.

Im Anschlusse an diesen Fall empfiehlt H. die Laminariaerweiterung, die er bei genügender Asepsis für total ungefährlich hält, hauptsächlich für folgende Fälle:

1) Blutungen nach Abortus, weil bei darauffolgender manueller Ausräumung die Gefahr geringer ist;

2) in Fällen, in welchen wiederholte Curettage weder diagnostisch noch therapeutisch Erfolge aufwies;

3) in Fällen, bei denen man submuköse Myome vermuthet.

Die Laminariastifte wäscht H. in kochendem Wasser ab und bewahrt sie in koncentrirter Karbolsäure, worin sie 4 Wochen liegen blieben. Vor dem Gebrauche werden sie in 1‰iger Sublimatlösung abgespült.

Mendes de Leon stimmt Holleman zu. Zur Desinfektion der Laminariastifte benutzt er Jodoformäther mit gutem Erfolge.

Veit ist stark für mehr Dilatiren und weniger Kratzen. Federnde Dilatatorien hält auch er für gefährlich.

Stratz stimmt Holleman zu, jedoch hält er nach Aborten Dilatation für überflüssig, da man auch ohne diese meist zum Ziele kommt, außer bei Ergotismus.

Veit bemerkt, dass einige Wochen post abortum der Finger nicht mehr eindringen kann. Sekale wirkt seiner Ansicht nach nur einige Stunden.

Treub desinficirt seine Laminaria ebenfalls mit Jodoformäther und wendet sie häufig an; vor Kurzem konnte er dadurch die Diagnose auf Deciduoma malignum incipiens stellen. T. warnt jedoch vor operativen Eingriffen im direkten Anschlusse an Laminariadilatation, da dann das Gewebe zu weich ist.

Holleman stimmt den Bedenken von Treub zu, gleich Stratz ist auch er von länger dauernder Sekalewirkung überzeugt. Er zieht seine Desinfektionsmethode dem Jodoformäther vor.

Treub: 2 Fälle von Hämaturia graviditatis.

Die Schwangerschaftshämaturie muss streng von der hämorrhagischen Nephritis einerseits, von der hämorrhagischen Cystitis andererseits getrennt werden (Guyon: 3 Fälle).

T.'s Fälle sind: 1 von Iterson und 2 eigene.

1) 31jährige Pat., am Ende der 5. Schwangerschaft starke Hämaturie, die direkt post partum aufhört. Nach 2jähriger Euphorie erneute Blutungen. Mikroskopisch werden Tuberkelbacillen (?) gefunden, Blut, aber keine Cylinder. Linke Niere bei Untersuchung schmerzhaft und fühlbar. Operation durch Iterson: linke Niere normal, bleibt. Rechte Niere weich, schlapp, scheinbar cystös, wird entfernt. Heilung per primam. An der exstirpirten Niere Dilatation des Nierenbeckens

*

und der Balken; keine Abscesse und Erweichungsherde; keine Spur von Tuberkulose mikroskopisch zu erkennen.

2) (Eigene Beobachtung.) 30jährige VIgravida. Seit September schwanger, seit Januar Bluthamen. Polyurie, keine Dysurie.

Urin dunkelroth, trübe, sauere Reaktion. Mikroskopisch rothe Blutkörperchen. Epithelien und vereinzelte Cylinder. Nach Ruhe und Milchdiät verschwindet der Blutgehalt. Schwangerschaft weiter ungestört.

Eine Nierenaffektion ist in diesem Falle nicht mit Sicherheit auszuschließen.

3) (Eigene Beobachtung.) 25jährige IIgravida. Mütterlicherseits tuberkulöse Belastung. Als 12jähriges Kind Enuresis nocturna, die unter medicinischer Behandlung in Hämaturie umschlug, welche aufhörte, als die Behandlung aufhörte.

In der 1. Schwangerschaft 5tägige Hämaturie, ohne bekannte Ursache, die spontan aufhörte.

Seit dem 5. Monate ihrer 2. Schwangerschaft hat sie wieder Hämaturie von wechselnder Menge. Von December bis 21. März (in der Klinik) nur 2 Tage trüber Urin gefunden.

21. März. Urin gleichmäßig roth gefärbt. Mikroskopisch: zahlreiche normale und geschrumpfte rothe Blutkörperchen. Keine Nierenepithelien, keine Cylinder.

Systolische Geräusche an der Herzbasis, starke Anämie. X. Schwangerschaftsmonat. Katheterisiren erwirkt keine neue Blutung, bei wiederholtem Katheterismus findet sich Blut und Urin stets gleichmäßig gemischt.

Partus praematurus durch Blasenstich wegen der starken Anämie. Sehr viel Fruchtwasser abgelaufen. 4 Tage darauf Urin hell, trotzdem der Partus erst 20 Tage nach dem Blasenstiche eintrat. Vollkommene Heilung.

T. kann sich die Hämaturie nicht anders als renale Hyperämie, und zwar wahrscheinlich als passive, erklären, wofür namentlich der letzte Fall spricht.

Veit erinnert an einen von Senator publicirten analogen Fall. Er selbst hat 2 hierher gehörige Wahrnehmungen gemacht.

1) Hämaturie im Beginne der Schwangerschaft. Im Urin Diplokokken gefunden.

2) IIIgravida mit 70% Hämoglobingehalt im Blute. Im Urin rothe und weiße Blutkörperchen, Blasenepithelien, keine Tuberkelbacillen (Nolen). Cystoskopisch Blase normal. Partus praematurus, erst Kolpeurynter, dann Blasensprengen, viel Fruchtwasser. 4 Tage post partum kein Blut im Urin. Rechte Niere 2faustgroß, nimmt langsam an Umfang ab. Nach 1 Jahre normal.

Definitive Erklärung kann V. nicht geben.

Treub glaubt, dass bei guter Beobachtung derartige Fälle nicht so selten gesehen werden können, und fordert zu einschlägigen Studien auf.

Frl. van Tussenbroek: Ein Fall von Hämatokolpos.

25jähriges, nicht menstruirtes Dienstmädchen mit heftigen Molimina menstrualia. Weich-elastischer Tumor bis über den Nabel. Hymen imperforirt und vorgewölbt. Corpus uteri auf dem Tumor nicht zu fühlen, eben so wenig eine Hämatosalpinx. Kreuzschnitt über das Hymen. Über 1 Liter schokoladefarbiges Blut. Heißwasserausspülung. Am 10. Tage bimanuelle Palpation. Vagina geht über in einen weicheren Trichter (Portio vaginalis), der sich in den harten, retrovertirten Uterusfundus fortsetzt.

Weiterer Verlauf normal.

Jedenfalls hat die Cervix am Hämatokolpos sich betheiligt (Hämatoelythrokolpos), vom Fundus ist das nicht anzunehmen.

Auf den Vorschlag von Treub wird die Diskussion vertagt.

Stratz hat bei einem klinisch als Pyosalpinx charakterisirten Falle nach 5 Monaten durch Kolpotomia posterior eine allseitig verwachsene Hydrosalpinx operirt und zum Theil entfernt; ist dies nun eine in Hydrosalpinx umgewandelte Pyosalpinx gewesen, oder eine Hydrosalpinx mit subakuter Peritonitis. Mikroskopisch hat Josselin de Jong typisches Hydrosalpinxgewebe gefunden.

Veit hält den Fall für eine alte Hydrosalpinx mit akuter Peritonitis.

Treub ist derselben Ansicht. Ähnliche Fälle, die klinisch Pyosalpinx vortäuschen, hat auch er wiederholt gesehen.

Schoenmaker beschreibt einen eigenthümlichen Fall von Partus bei Uterus septus und Vagina septa, deren rechter zum kreißenden Uterus gehöriger Theil nach unten blindsackförmig endigte; nach Durchschneidung des vorgewölbten Blindsackes bot der Partus keine Schwierigkeiten. Die Befruchtung hatte offenbar von der linken Vagina aus in das rechte Uterushorn stattgefunden.

Sitzung vom 14. Mai 1899.

Treub: Ein Fall von Gynatresie.

Vor 4 Jahren wurde T. bei einem nicht menstruirten Mädchen von 19 Jahren mit Molimina konsultirt. Vagina sondirt, von normaler Länge, per rectum normaler Uterus.

Nach 2 Jahren noch keine Menses. Per vaginam: Blindsack ohne Portio; links neben dem Uterus ein hühnereigroßer Tumor (Hämatosalpinx?).

Laparotomie. Tumor links, ein Hämatovarium, wird entfernt, per vaginam wird ohne Erfolg eine Eröffnung des Uterus versucht, darauf die Bauchwunde wieder geöffnet und auch das andere Ovarium entfernt. Fieberhafte Rekonvalescenz. Im Hämatovarium keine Bakterien gefunden.

Nach 3monatlicher Euphorie wieder Molimina, darauf wieder Laparotomie. Viele Adhäsionen im Abdomen, rechts neben dem Uterus lymphangiektatische Schwellung. Uterus stumpf lospräparirt, wobei sirupdickes Blut gefunden wird. Glatte Heilung.

Der entfernte Uterus ist sehr dickwandig mit kleinem Lumen. In der Cervix kein Lumen zu sehen; in der rudimentären Portio einige mit Blut und Schleim gefüllte Cystchen.

Mikroskopisch: Endometritis im Fundus, in der Cervix keine Schleimhaut; die rechts vom Uterus liegende Schwellung enthält Ovarialgewebe (das zurückblieb bei der ersten Operation).

Die zwischen der 1. und 2. Laparotomie entstandenen Adhäsionen führt T. zurück auf Infektion während der Operation, wofür auch der fieberhafte Verlauf spricht. In derartigen Fällen hält T. die Totalexstirpation für indicirt, die er vor 2 Jahren auch in einem Falle von Hämatometra mit völligem Verschlusse der Vagina gemacht hat.

Bezüglich der Ätiologie von Hämatosalpinx steht T. nicht auf dem auch von Veit vertretenen Nagel'schen Standpunkte. Nagel behauptet, dass Gynatresien bei einfachem, offenem Genitalkanale beinahe stets sekundär und postembryonal durch Infektion entstanden sind, und dass auf der gleichen Basis die Hämatosalpinx sich entwickelt.

Nagel glaubt dies nicht. Für seine embryologischen Argumente hat Nagel das gänzliche oder theilweise Fehlen der Scheide gefunden in Fällen, wo die Vereinigung der Müller'schen Gänge gestört war, wo demnach ein doppelter oder zweihörniger Uterus bestand; ohne diese Entwicklungsstörung fand er nie Atresie. Das beweist nichts, weil Nagel principiell nur das makroskopisch Abnormale untersuchte. T. sah vor Kurzem ein neugeborenes Kind mit angeborenem Radiusdefekt und blindsackförmigem Ösophagus. Derartige Abnormitäten lassen sich eben so wenig embryologisch erklären, aber es sind Thatsachen.

Die klinischen Beweise Nagel's sind ebenfalls werthlos. Nagel führt die Verklebung auf frühere Diphtheritis, Scarlatina etc. zurück.

Wenn wirklich Diphtheritis die Ursache ist, dann entsteht niemals eine Hämatosalpinx, sondern eine Pyosalpinx oder eine Hämopyosalpinx (Fall von v. d. Hoeven). Den Verschluss der Tube will Nagel durch Infektion erklären, dies kommt jedoch ohne Infektion auch sehr häufig vor.

Die Infektion durch die geplatzte Hämatosalpinx ist sekundär von der Vagina aus. Der Fall von van Tussenbroek ohne Temperatursteigerung und ohne Eiterung ist eine seltene Ausnahme; die Blutanhäufung verursacht als besonders günstiger Nährboden beinahe immer sekundäre Infektion.

Aus diesen Gründen kann T. Nagel nicht zustimmen in der Auffassung, dass Vaginalatresie bei einfachen Genitalien stets auf Infektion im postembryonalen Zustande beruht.

Diskussion über die Vorträge von van Tussenbroek (vorige Sitzung) und Treub.

Veit hat mit Nagel über die Sache gesprochen, als beide, unabhängig von einander, sich damit beschäftigten. Nagel kann Atresie bei einfachem, offenem Genitalkanale embryologisch nicht erklären und leugnet sie desshalb im Embryonalzustande.

Das von Treub angeführte Beispiel hat V. in einem ähnlichen Falle gesehen, wobei der Ösophagus in die Trachea mündete. Derartige Fälle lassen sich nicht erklären. Bei einfachem Genitalkanale hat man jedoch keine angeborene Verklebung gesehen, und darum hält V. vorläufig die Nagel'sche Auffassung aufrecht.

Bezüglich der Tubaratresie ist Treub im Widerspruche mit sich selbst. Erst sagte er, dass Infektion und Fremdkörper die alleinige Ursache von Adhäsionsbildung seien und dann, dass das Ost. abdominalis tubae auch ohne Infektion sehr leicht verklebt.

Die Peritonitis nach vaginaler Eröffnung einer Hämatosalpinx hält V. nicht für sekundäre aufsteigende Infektion. Dafür geht es zu rasch. Dass es sich um Vergiftung mit Zersetzungsprodukten handeln kann, will er nicht leugnen.

Therapeutisch hält auch er für gewisse Fälle Uterusexstirpation für indicirt.

Mendes de Leon hat vor Kurzem einen Fall von angeborener Gynatresie behandelt. 16jähriges, nicht menstruirtes Mädchen mit Molimina seit $1^1/_2$ Jahre, jedoch nicht in typischen 4wöchentlichen Intervallen. Tumor bis an den Nabel, darauf als kleiner, harter Körper der Fundus uteri. Vulva geschlossen und vorgetrieben. Hämatosalpinx nicht mit Sicherheit zu fühlen. M. hätte jedoch auch bei Anwesenheit einer Hämatosalpinx vaginal operirt, da er die Gefahr des Platzens bei langsamer Entleerung nicht für wahrscheinlich hält. Es glückte ihm, nach Entleerung von etwa 750 g schokoladeartigen Blutes per vaginam durch die klaffende Cervix bis an das Ost. intern. vorzudringen. Nach 4 Tagen hörte mit dem Blutabflusse auch jegliche Sekretion auf. Eiter und Fieber waren nicht vorhanden.

In einem Falle von erworbener Atresie mit Hämatometra und Hämatokolpos nach schwerer Zangenextraktion war ebenfalls keine Hämatosalpinx. Auch hier folgte glatte, fieberlose Heilung.

Stratz hat in Indien 19 Fälle von Gynatresie beobachtet und auch später veröffentlicht. 7 Fälle von hymenaler Atresie verliefen eben so, wie die Fälle von van Tussenbroek und Mendes, ohne Eiterung und Fieber; unter den übrigen Fällen jedoch waren Infektionserscheinungen vorhanden oder anamnestisch nachweisbar.

Eben so wie in den Fällen von van Tussenbrock und Mendes betheiligte sich auch in seinen Fällen stets die Cervix am Hämatokolpos. S. fragt, ob Frl. van Tusenbroek die Ligam. rot. gefühlt hat, die diagnostisch wichtig sind.

Frl. van Tussenbroek hat danach gesucht, sie aber nicht gefunden, weil sie nach hinten lagen.

Stratz ist bezüglich des Entstehens von höhersitzenden Gynatresien der Ansicht von Veit. In 2 Fällen, wobei sich Hämatosalpinx fand, war die frühere Infektion deutlich nachzuweisen. Im 1. Falle war nach heftiger Kolpitis eine später spontan durchbrechende Hämatoelytrometra entstanden; daneben war eine adhärente Hämatosalpinx zu fühlen. Im 2. Falle bei Hämatometra im rudimentären linken Horne fanden sich bei der Laparotomie Zeichen einer abgelaufenen Peritonitis und viele Verwachsungen der Hämatosalpinx mit ihrer Umgebung.

Therapeutisch hält S. durch die Anwesenheit einer Hämatosalpinx die Laparotomie indicirt.

Nijhoff hat so viele und so heftige Kolpitiden bei jungen Kindern gesehen, dass die daraus entstehenden weitgehenden Verklebungen ihm genügen, um die meisten Gynatresien als erworben anzusehen.

Mendes de Leon hält seinen Fall für eine angeborene Atresie; dafür spricht die besondere Dicke des Hymens (1 cm).

Stratz hält gerade die Fälle mit dünnem Verschlusse für hymenale, angeborene Atresien; bei erworbenen ist die Verklebung, abgesehen von dem höheren Sitze, meist viel breiter.

Treub replicirt, dass er Veit gegenüber nicht zugiebt, sich selbst widersprochen zu haben. Er will Infektionen bei Laparotomie und die dadurch entstandenen Adhäsionen unterscheiden von anderen Adhäsionen, wie sie bei Stieldrehungen, bei großen Tumoren etc. ohne Infektion vorkommen. Von den ersteren allein hat er gesprochen. T. hat nie gemeint, dass partielle Atresien nicht auch durch Infektion erzeugt werden können, in solchen Fällen aber muss das im intra-uterinen Leben geschehen sein; postembryonale Entzündungen sind niemals im Stande, die Vagina völlig verschwinden zu lassen. Wenn man stets extrauterine Entzündung annimmt, wie kann man dann das beinahe beständige Fehlen von Hämatosalpinx bei tiefsitzender Atresie erklären. Nijhoff's Vergleichung der Empfindlichkeit des Vaginalschlauches mit der Tubenschleimhaut ist nicht richtig. Therapeutisch will auch T., wie Stratz, bei Hämatosalpinx stets Laparotomie anwenden.

Stratz bemerkt, dass intra-uterine Infektion doch auch Infektion ist, weder von ihm noch von Anderen geleugnet. Er hat in einem Falle von Masern der Mutter das Kind im Stadium der Desquamation entbunden.

Treub unterscheidet 1) Fälle, wo die Vagina vollständig fehlt, nach seiner Ansicht Entwicklungsstörungen, 2) Fälle, wo der Uterus offen, der obere und untere Theil der Vagina offen, und nur deren mittlerer Theil verklebt ist. Hierbei nimmt er Entzündung an, die vor oder nach der Geburt entstanden ist.

Driessen demonstrirt einen Fall von Apoplexia uteri, analog den von Cruveilhier und Kahlden beschriebenen Fällen. Die Cervix hat ihre natürliche Farbe. Das kolossal vergrößerte Endometrium bildet auf dem Durchschnitte eine dunkelrothe, den größten Theil des Fundus einnehmende Masse. (Wird an anderer Stelle ausführlich publicirt.)

Sitzung vom 11. Juni 1899.

Pompe van Meerdervoort: Einige Fälle aus der Praxis.

1) Partielle Atresie der Vulva, vor 2 Jahren nach dem 1. Partus entstanden. Kohabitation seitdem unmöglich. Die großen Labien sind in einer Länge von 4,5 cm mit einander verwachsen; in der Längsrichtung eine feine weiße Narbe. Spaltung und Umsäumung der Wundränder.

Pat. wurde durch Hebamme entbunden, die weder Dammruptur konstatirt noch genäht hat. Wahrscheinlich also Verklebung von wunden Flächen. In einem analogen Falle gelang es P., die frisch verklebten kleinen Labien manuell zu lösen.

2) 52jährige Frau, vor 30 Jahren ein Partus, seit 12 Jahren Menopause; vor 6 Jahren geringer Blutverlust. Seit einigen Tagen Schmerzen im Unterleibe und bräunliche Sekretion aus der Vagina. Vagina ist verengt; die verwachsene Portio blutet bei der geringsten Berührung; der Uterus ist vergrößert, in normaler Lage

Freund'sche Totalexstirpation; Heilung durch Bauchdeckenphlegmone komplicirt.

Mikroskopisch: Carcinoma cervicis.

3) 51jährige Virgo, stets regelmäßig menstruirt, in den letzten Monaten profuser.

Außer chronischer Bronchitis keine Klagen als Schmerzen im Unterleibe. Uterus unregelmäßig vergrößert, hart, knollig, einer 5monatlichen Schwangerschaft an Größe entsprechend. Bei wiederholter Untersuchung wechseln Volumen und Härte. Diagnose: Myoma uteri. Ergotin hatte keinen Erfolg, darauf Elektricität nach Apostoli bis 200 Milliampères. Blutung bleibt 8 Wochen weg, nach 12maliger Applikation.

Die früher konstanten Schmerzen kamen darauf in Anfällen, regelmäßig um 8 Uhr Abends. Nervina halfen nichts. Nach Konsultation mit Treub wird Tinct. succini verabreicht. Nach 3 Wochen hören die Schmerzen auf.

Im Januar wurde das Haus der Pat. verkauft; die Schmerzen kamen sofort wieder, jedoch fingen die Anfälle jetzt regelmäßig um 2 Uhr an. Sie will radikal befreit werden und wünscht Operation oder Morphium. Das erste Mittel wird gewählt und der Uterus durch Laparotomie supravaginal entfernt. Das Präparat zeigt neben Atrophie der Uterusschleimhaut 3 große polypöse, in den Uterus vorragende weiche, leichtblutende Tumoren, deren maligner Charakter auch mikroskopisch festgestellt wird. In einem der stark atrophischen Ovarien fand sich eine erbsengroße Dermoidcyste mit Haaren und Fett.

Merkwürdig ist in dem letzten Falle, dass der maligne Tumor trotz seiner Größe so wenig Symptome gemacht hat.

Stratz hat eine mit dem ersten Falle analoge Beobachtung gemacht. Vor 3 Monaten war nach Partus Hämatom entstanden, das vereitert und durchgebrochen ist mit nachfolgender breiter Verklebung des linken Labium majus mit der rechten Nymphe. Plastische Operation (Abbildung vor und nach der Operation).

Veit hat 2 analoge Fälle gesehen, die er durch verklebte Puerperalgeschwüre erklärt.

Kouwer: Einige diagnostisch schwierige Fälle.

1) 43jährige VIIIpara, stets spontan entbunden, beim letzten Partus musste wegen Beckentumor Wendung und Extraktion gemacht werden. 3 Monate darauf Operation, Zusammenhang des Tumors mit den Genitalien nicht festzustellen. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Retroperitonaler Tumor, wahrscheinlich Sarkom.

Der Tumor saß an der Beckenwand rechts in der Höhe der Art. sacroiliaca retroperitoneal fest. Beim Lospräpariren der Art. sacroiliaca starke venöse Blutung. Pinces bleiben liegen, Urethrafistel, die sich nach 2 Tagen spontan wieder schließt; übrigens glatter Verlauf.

Mikroskopisch: Cyste mit bindegewebiger Wand, die Riesenzellen und Endothelwucherungen enthält; wahrscheinlich ein aus einer Lymphdrüse entstandenes Endotheliom, wie es u. A. auch Narath beschrieben hat.

2) 54jährige Pat. mit Klagen über Dysurie. Bei der Aufnahme 4,5 Liter mit Katheter entleert, 3 Stunden später wiederum 4 Liter. Als Ursache der Retention wird ein retrovaginaler Tumor gefühlt, der hoch in die Bauchhöhle ragt. Die obere Grenze ist ohne Narkose nicht zu umschreiben.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle stößt man auf eine 4 cm dicke, harte Blasenwand, die sich schirmartig über die Beckenorgane legt. Dahinter ein großer Tumor, dem der normale Uterus aufsitzt. Das linke cystisch vergrößerte Ovarium liegt auf, das rechte, ebenfalls cystische Ovarium hinter dem Tumor. Nach Spaltung des Blasenperitoneums wird der Tumor mit den Genitalien von der Umgebung und der Scheide schrittweise lospräparirt, die Fäden in die Vagina eventrirt, und darüber das Peritoneum nach der Bauchhöhle zu vereinigt. Glatte Heilung. Der Tumor war eine dickwandige Cyste mit blutigserösem Inhalte, wahrscheinlich ein von einem abgeschlossenen Divertikel ausgehender Vaginaltumor, eine Art Hämatokolpos.

3) 19jährige Primigravida mit allgemein verengtem Becken; an der rechten Seite des Uterus war intra partum ein kindskopfgroßer, weich elastischer Tumor zu fühlen, der post partum verschwunden war. Wahrscheinlich eine circumscripte Atonie der Uteruswand.

4) Puerpera, am 4. Tage post partum erkrankt, am 10. in die Klinik in Utrecht aufgenommen. Rechtsseitiges Exsudat, das verschwindet, nachdem aus dem Uterus eine große Masse stinkenden Eiters abgelaufen ist. Die Tuben blieben verdickt. K. hält das intraperitoneale Exsudat für entstanden vom Endometrium aus mit sekundärer Perforation der kranken Uteruswand und Entleerung nach außen.

Nijhoff hat ebenfalls 2 retroperitonale Tumoren von unbekannter Herkunft operirt. Der 1. wird noch näher untersucht, im 2. gelang es auch nach der Operation nicht, den Tumor zu bestimmen (wahrscheinlich alte Hämatocele).

Stratz fragt, ob im letzten Falle von Kouwer der Eiter bakteriologisch untersucht ist, und ob die Pat. vielleicht Influenza gehabt hat.

Kouwer: Die Untersuchung war negativ, Influenza lag seines Wissens nicht vor.

Treub hält die Erklärung Kouwer's für die einzig richtige.

Selhorst demonstrirt ein sehr hübsches Modell des Untersuchungstisches von Jayle, der die sog. Trendelenburg'sche, zuerst von Mendes de Leon (1888) vorgeschlagene Lage sehr erleichtert.

Stratz erinnert an die Unna'schen Ichthyoldunstverbände, die ihm sehr zweckmäßig scheinen und die seines Wissens in der Gynäkologie nicht bekannt sind.

Aalbertsberg hat sie schon seit lange mit Erfolg aus eigener Überlegung benutzt.

Nijhoff demonstrirt ein Ovarialfibrom, mit seröser Cyste komplicirt, und einen exstirpirten Uterus, bei dem trotz Portioamputation nach Martin die verlängerte Portio bald wieder zur Vulva herausschaute.

C. H. Stratz (den Haag).

---

9) Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie de Paris.

Paris, G. Steinheil, 1899.

Sitzung vom 2. Juni 1899.

Varnier: Über doppelt-schrägverengtes, ovaläres Becken. V. bespricht ein Becken, das Gaulard in der vorigen Sitzung erwähnt und als »doppelt-schrägverengtes, ovaläres« bezeichnet hatte. Maygrier hatte die Frau durch Kaiserschnitt entbunden. Durch Röntgenaufnahme wies V. nach, dass es sich um ein allgemein verengtes plattes Becken handelte und wandte bei der 2. Geburt die Symphyseotomie an mit vorzüglichem Erfolge. Die Frau hatte außerdem eine kongenitale Fraktur beider Schlüsselbeine.

Queirel (Marseille) berichtet über einen Fall von kompleter Uterusinversion bei Ausstoßung der Placenta. Dieselbe entstand ganz spontan ohne irgend welche Manöver am Uterus oder der Nabelschnur im Nachgeburtsstadium, allein durch die Bauchpresse der Entbundenen. Die Reposition gelang leicht. Heiße Ausspülung, Tamponade. Ungestörtes Wochenbett.

In der Diskussion berichtet Pinard über 2 gleiche Fälle und präcisirt die Behandlung: Lösung der Placenta, Desinfektion der Uteruswände, Reposition, Aufrichtung des Uterus durch die in der Scheide liegende Hand und Kompressionen von den Bauchdecken aus.

Legueu: 2 Tubo-Ovarialcysten, die durch eitrige Peritonitis komplicirt waren, durch ihre Größe bemerkenswerth sind und peritonitische Attacken, ähnlich wie bei Stieldrehungen der Ovariencysten, hervorgerufen hatten. Die Kranke genas nach der Laparotomie.

Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag Pinard's.

Doléris tritt auf Grund von 78 Beobachtungen warm für die Schröder'sche Amputatio portionis ein. Stets muss vorher curettirt werden, die Lappen müssen gut auf einander passen und primär heilen. Vor dem Curettement muss allmählich dilatirt werden, zur Naht eignet sich nur Katgut. Die Emmet'sche Operation schafft ungünstige Verhältnisse; lange, harte und konische Portio wie bei der Ipara. Viele vorher sterile Frauen koncipirten nach der Operation. Schwierigkeiten bei der Geburt sah er nie. Alle Komplikationen, Deviationen, Adnexerkrankungen, müssen bei der Operation berücksichtigt und beseitigt werden.

— Richelot schließt sich ihm mit einigem Vorbehalte an, eben so Hartmann, der die Operation etwas modificirt: er bildet keine Schleimhaut-Muskellappen, sondern näht nur die abgelöste Vaginalschleimhaut an die Uterusmucosa, wodurch starke Narbenbildung vermieden wird; Segond stimmt ihm zu und operirt eben so. Lépage und Varnier präcisiren nochmals ihren schon citirten Standpunkt.

Stoeckel (Bonn).

---

10) Verhandlungen der britischen Gesellschaft für Gynäkologie.

(Brit. gyn. journ. 1898. August—November u. 1899. Februar.)

Sitzung vom 12. Mai 1898.

F. A. Purcell: Gefahren für die Ureteren bei Hysterektomie.

Bespricht zunächst die anatomischen Verhältnisse, die Methoden, den verletzten Ureter wiederherzustellen, die Erscheinungen, welche die Ligatur desselben verursacht, und theilt dann einen Fall mit. Derselbe betraf eine 51jährige Frau, bei welcher wegen ausgedehnten Carcinoms die Hysterektomie gemacht wurde. Am Tage nach der Operation zeigte sich Anurie, dann wiederholtes Erbrechen, Sinken der Temperatur. 58 Stunden nach der Operation wurde die Bauchhöhle wiederum eröffnet und beiderseits zeigte sich der Ureter stark aufgetrieben. Die Ligaturen der Uterinae werden entfernt. Keine Blutung. Unmittelbar nach der Entfernung der Ligaturen fand sich Urin in der Blase, die Anschwellung der Ureteren verschwand. Glatte Heilung.

P. nimmt an, dass nicht der Ureter selbst mit in die Ligatur gefasst wurde, sondern dass durch Mitfassen von elastischen Fasern, welche, von der Beckenwand ausgehend, den Ureter umgeben, eine Abknickung desselben erfolgte.

Der Präsident theilt mit, dass er mehrere hervorragende Mitglieder der Gesellschaft um Mittheilung über ihre Erfahrungen in dieser Frage gebeten habe. Martin (Greifswald) theilt mit, dass er unter 2000 Bauchschnitten und 300 vaginalen Operationen 5mal Verletzungen des Ureters gesehen habe, in den letzten 5 Jahren jedoch keine mehr. Landau unter etwa 700 Bauchschnitten keine Verletzung des Ureters; bei 124 vaginalen Hysterektomien bei Krebs 1; bei 95 wegen Myom 5; bei 28 wegen Blutungen etc. keine; bei 270 Operationen wegen Beckeneiterungen, Eitersäcken etc. 2; bei 52 vaginalen Köliotomien keine. In sämmtlichen Fällen mit einer Ausnahme gelang es, durch Nephrektomie Heilung zu erzielen.

Doyen meldet, dass er einen einzigen Fall gesehen habe nach vaginaler Hysterektomie bei Krebs des Corpus.

Kufferath (Brüssel) hat 2mal den Ureter verletzt, 1mal bei Hysterektomie nach Kraske und das andere Mal bei abdomineller Myomotomie.

Sitzung vom 9. Juni 1898.

Bantock hält einen Vortrag über Behandlung der Dysmenorrhoe.

Entwickelt eingehend seinen Standpunkt und illustrirt denselben durch zahlreiche Krankengeschichten. Er wendet neben Discision und Dilatation auch noch den Stift an, allerdings nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen, besonders bei Anteflexion, welche mit Retroversion verbunden ist.

An der Diskussion betheiligen sich Routh, Butler-Hogan, Heywood Smith.

Sitzung vom 14. Juli 1898.

Fortsetzung der Debatte über Behandlung der Dysmenorrhoe.

Auch Hodgson tritt warm für intra-uterine Stifte ein, hat nie üble Folgen gesehen.

Show spricht sich für rapide Dilatation in der Narkose aus. Die Ringpessarien, welche Bantock verwirft, haben ihm gute Resultate gegeben. Er steht nicht auf dem Standpunkte, dass er jede Dysmenorrhoe für eine mechanische ansieht.

Ähnlich äußert sich B. Robinson, der die schiefe Ebene bei der Behandlung warm empfiehlt. Eine Erhöhung des Fußendes des Bettes um 6 Zoll genügt, längere Zeit des Nachts oder mehrere Tage vor Eintritt der Periode kontinuirlich anzuwenden.

Travers spricht sich für Scheidenpessare aus.

Purcell betont, dass bei unverheiratheten jungen Frauen von jeder lokalen Behandlung abzusehen sei und zunächst wenigstens Ableitungen, Blutentziehungen u. dgl. zu versuchen seien.

Macnaughton-Jones behandelt die Krankheit nach der Ursache, daher eine genaue Untersuchung unerlässlich, nöthigenfalls in der Narkose.

Sitzung vom 23. Juli 1898.

An der Sitzung nehmen als Gäste u. A. Theil Martin, Sänger, Landau, Mangiagalli (Mailand), Kelly (Baltimore), Lapthorne Smith (Montreal), Jacobs (Brüssel).

Prof. Martin (Greifswald) hält auf Einladung einen Vortrag über die Entwicklung der Ovariotomie.

Sitzung vom 13. Oktober 1898.

Eine große Anzahl operativer Fälle wird von verschiedenen Mitgliedern mitgetheilt und besprochen u. A. berichtet Jessett über einen Fall von Cyste des Mesocolons. Dieselbe war für eine Ovariencyste angesehen und wurde im Mai 1898 zu Johannisburg der Bauchschnitt gemacht. Als sich zeigte, dass keine Ovariencyste bestand, wurde der Leib wieder geschlossen. P. fand seitwärts vom Nabel nach rechts eine rundliche Anschwellung, die sich bei der Respiration bewegte, Darmton zeigte und leicht beweglich war. Bei der Operation fand sich, dass die Geschwulst hinter dem Colon transversum in dem Mesocolon lag. Sie war innig mit dem Bauchfell verwachsen, so dass ihre Loslösung ziemlich viel Zeit in Anspruch nahm. Es fand sich ein deutlicher Stiel, welcher abgebunden wurde. Die Cyste, von der Größe einer großen Nierenkartoffel, enthielt eine gelbliche Flüssigkeit. Glatte Heilung.

C. Martin spricht über einige Hauptpunkte bei der Nachbehandlung des Bauchschnittes.

Er lässt seine Kranken nach der Operation die Lage einnehmen, die ihnen am bequemsten ist und gestattet, dass die Wärterin sie zeitweise umdreht. Er bedeckt die Bauchwunde mit Jodoformgaze, die mit Heftpflasterstreifen befestigt wird; darüber eine gewöhnliche Leibbinde. Nach 24 Stunden wird der Verband erneuert und bleibt dann bis zur Heilung liegen.

Als Nahtmaterial für Bauchwand gebraucht er Silkworm. Wendet keine versenkten Nähte an. Drainage gebraucht er bei septischen und Eiterfällen, oder bei stärkerer Blutung.

Nach der Operation giebt er Morphium, auch später bei Peritonitis, wenn der Darm entleert ist. Stellen sich Erscheinungen von septischer Infektion ein, so empfiehlt er Kalomel in großen Dosen. dem er salinische Abführmittel folgen lässt.

Bald nach der Operation lässt er die Kranke Flüssigkeit zu sich nehmen, am besten Schleimwasser mit Citronensaft, später Milch und Thee. Vom 3. Tage an feste Nahrung.

Nach 14 Tagen lässt er die Kranke aufstehen.

Sitzung vom 18. November 1898.

Diskussion über Martin's Vortrag. An derselben betheiligen sich Show, Routh, Bantock, Jessett, Purcell, Ryall, Travers, Smith, welche in ihrer Ansicht theilweise weit von einander abweichen.

E. S. Bishop spricht über ein kombinirtes Verfahren bei Beckenoperationen. Er macht den Uterus von der Scheide aus frei und vollendet die Operation durch Bauchschnitt.

Theilt 4 Fälle mit und bespricht die Vortheile und Nachtheile der abdominellen und auch der vaginalen Methode.

Sitzung vom 8. December 1898.

Zahlreiche Präparate werden demonstrirt, dann folgt die Diskussion über den Vortrag von Bishop.

Show spricht sich gegen das kombinirte Verfahren aus. Es sei besser, vorher zu überlegen, welcher Weg der beste sei.

Ähnlich äußert sich Mayo Robson, der nur in seltenen Fällen die vaginale Route verlässt, und B. Jesset, der der Meinung ist, dass in den meisten Fällen durch sorgfältige Untersuchung in der Narkose festzustellen ist, ob der vaginale Weg eingeschlagen werden kann oder nicht. In zweifelhaften Fällen sei es besser, gleich von oben her vorzugehen.

W. Taylor ist der Ansicht, dass bei Entfernung von Myomen die kombinirte Methode Vortheile habe, besonders auch die Dauer der Operation verkürze. Bei Beckeneiterung ziehe er die abdominelle Methode vor.

F. Jourdan spricht sich ähnlich aus, doch empfiehlt er, wenn irgend möglich, die vaginale Methode anzuwenden.

H. Smith ist der Ansicht, dass in zweifelhaften Fällen stets die abdominelle Methode als die sicherere zu wählen sei, mit Ausnahme der Fälle von Krebs.

Purcell hält das kombinirte Verfahren nur dann für gerechtfertigt, wenn es sich bei der Operation herausstellt, dass die Operation per vaginam nicht vollendet werden kann.

In ähnlichem Sinne spricht sich Giles aus. Auch Macnaughton Jones ist mehr für den Weg von oben, da die Blutung besser kontrollirt, die Verwachsungen besser gelöst werden können.

Sitzung vom 12. Januar 1899.

Der Präsident der Gesellschaft Macnaughton Jones hält seine Eröffnungsrede über das Thema: Was wir im Jahre 1898 auf dem Felde der Gynäkologie gelernt haben. **Engelmann** (Kreuznach).

Lageveränderungen des Uterus.

11) **Godart.** Drei Fälle von Verkürzung der Ligamenta rotunda auf vaginalem Wege.

(Policlinique 1899. No. 12.)

Verf. hat 3 Pat. wegen Retroflexio nach der Wertheim'schen Methode mit zufriedenstellendem Erfolge operirt, bei einer gleichzeitig auch noch eine hühnereigroße Hydrosalpinx entfernt. Er rühmt die Leichtigkeit und Unschädlichkeit des Eingriffs, welcher keinerlei Folgeerscheinungen, wie Hernien etc., hinterlassen könne. Wo man die Adnexe mit dem Finger erreichen könne, sei man auch im Stande, Veränderungen an ihnen zu beseitigen; wo Prolaps bestehe, könne man die nöthigen plastischen Operationen anschließen.

Bei eintretender Schwangerschaft ist keine Störung der Entwicklung zu befürchten. **Witthauer** (Halle a/S.).

12) **Staedler.** Die operative Behandlung der Lageveränderungen der Gebärmutter mittels Lawson-Tait-Alexander.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 3.)

Verf. giebt uns eine Übersicht über 32 Fälle von Descensus und Prolaps mit Dammspalten, welche von Gelpke im Kantonspital für Baselland zu Liestal im Laufe von 9 Jahren mittels Lawson-Tait'scher Dammoperation und Alexander-scher Verkürzung der Ligg. rotunda operirt wurden. Es ergeben sich 19 Dauererfolge und 6 Recidive. Zu erwähnen ist, dass Gelpke bei der Alexander-

Adams'schen Operation die Ligamente unter der Haut des Schambergs kreuzt und mit einander vernäht.

S. tritt für die Lawson-Tait'sche Operation ein, weil sie keine Scheidennarben bringt, die bei Geburten gefährlich werden können. Da unter den operirten Fällen auch »vollständige Vorfälle« sich befinden — in der Tabelle ist öfters angegeben Prolapsus uteri et vaginae totalis —, müssen die erzielten Erfolge wohl als einzig dastehende bezeichnet werden. Ref. kennt keinen Autor, der mittels Dammrestitution nach Lawson-Tait und Alexander'scher Operation Dauererfolge bei totalem Uterus- und Vaginalprolaps angegeben hätte. Es ist hier nicht der Ort, auf die kritische Besprechung der Operationsmethoden Anderer einzugehen, die Verf. liefert, und die ihrerseits sehr der Kritik bedürftig erscheint.

Courant (Breslau).

13) **Smyly** (Dublin). Retroflexio uteri.

(Dublin journ. of med. science 1898. August.)

Demonstration in der geburtshilflichen Sektion der Royal Academie of medicine in Ireland: exstirpirter Uterus. Retroflexio fixa, vom Douglas aus gelöst, Kolpotomia anterior Behufs Vaginofixatio; Totalexstirpation wegen beträchtlicher Blutung aus den getrennten rückwärtigen Adhäsionen, wobei ein starkes, narbiges Band zum Vorschein kam, welches außerdem noch den Uteruskörper mit der hinteren Beckenwand verband. Der Misserfolg bezüglich der Beschwerden, bei event. vollendeter Vaginofixation, wäre eklatant gewesen. **Zeiss** (Erfurt).

14) **Aikmann.** Chinininjektionen bei Uterusprolaps.

(Lancet 1899. Juni 24.)

Bericht eines Falles, bei dem die mehrfach in England empfohlenen Chinininjektionen in die Ligg. lata einen totalen Uterusprolaps zur Heilung brachten. Die 61jährige Pat. erfreut sich schon 7 Monate lang des besten Wohlseins, wie von ärztlicher Seite bestätigt werden konnte. **Rissmann** (Osnabrück).

15) **L. Kleinwächter** (Czernowitz). Uterusverlagerungen, operative Uterusfixationen und die aus letzteren resultirenden Geburtsstörungen.

(Wiener Klinik 1899. No. 2 u. 3.)

Verf. will in vorliegender Arbeit »ein Gesammtbild der operativen Uterusfixation mit besonderer Berücksichtigung von deren Einfluss und Folgen auf die Geburtshilfe« liefern und hat zu diesem Zwecke alle einschlägigen Publikationen gesammelt und derart zusammengestellt, dass er im Texte für jede Einzelheit die zu berücksichtigenden Autoren anführt und durch Zahlen (im Ganzen 391mal) auf die betreffende Belegstelle im angehängten Litteraturverzeichnisse verweist. Der hohe Werth einer solchen Monographie auch für die Vertreter abweichender Auffassungen liegt auf der Hand. Zur Charakterisirung von des Verf. Standpunkte sei übrigens hervorgehoben, dass er einleitend das Jahrzehnt 1886—1896 in der Gynäkologie und Geburtshilfe der vor 100 Jahren in Paris spielenden Episode der Symphyseotomie und École anticésarienne an die Seite stellt und als »grauenhafteste Fortsetzung des zum guten Theile gesunden Gedankens der Ventrofixation« (Olshausen) die neuen Operationen von Rühl und Dührssen bezeichnet.

I. Von »operativen Fixationen bei Retrodeviatio uteri« werden zunächst die »durch Verkürzung der natürlichen Befestigungsbänder« wirkenden behandelt: als typisch wird ein im Wesentlichen der Kocher'schen entsprechende Modifikation des Alexander-Adams'schen Verfahrens bezeichnet. Unter »Fixationen des Uterus nach vorn« sind besprochen: a. die Ventrofixation, b. die Vaginofixation, c. die Vesicofixation. Von diesen hat die erste als vollberechtigte Operation ihre bestimmte Anzeige: eine sonst nicht zu behebende Retrodeviatio uteri fixata mit solchen Beschwerden, dass eingegriffen werden muss. Die zweite ist auch in ihrer jetzigen Form (Mackenrodt, Dührssen) nicht nur technisch sehr schwierig, sondern vor Allem auch wegen ihrer Folgen (Geburtsstörungen!) gefahrdrohend

und auch nicht als berechtigt anzuerkennen. Die dritte schließlich scheint gute Resultate geben zu können, ist aber, da nur bei mobilem Uterus anwendbar, höchst selten indicirt, — zur Beurtheilung ihrer Dauerresultate und Folgezustände noch zu jung. Hier drückt K. sein (wie Ref. glaubt, sehr berechtigtes) »gelinde gesagt gewisses Erstaunen« aus über die großen Operationsreihen einzelner Operateure, insbesondere z. B. Rühl's, der in kurzer Zeit 365 Uterusfixationen ausführte, darunter jährlich durchschnittlich 54 Vaginofixationen!

II. Als »Prolapsoperation« ist 1) die Alexander-Adams'sche modificirt nur bei ganz beginnendem Vorfalle genügend, und auch dann nur in Verbindung mit einer Plastik; 2) die Fixation des Uterus an die Bauchdecken ergiebt bessere Resultate, wenn auch sie durch plastische Operationen unterstützt wird; versucht und empfohlen werden auch Vagino- und Vesicofixation.

Anknüpfend werden die anderen, nicht plastischen Prolapsoperationen besprochen (Amputation, Cystopexie, Totalexstirpation, Müller's Uterusplastik [8 gute Erfolge!] und das neue Verfahren von Freund sen., der den Uterus umstülpt). Die Tabaksbeutelnaht von Freund jun. weist K. als chirurgischen Rückschritt zurück, da sie 1835 von Bellin ersonnen, dann ausgeführt, aber wegen ihrer Mangelhaftigkeit längst verlassen ist. K. schließt diese Reihe mit Abrajanoff's künstlicher Vaginalstenose.

III. Die »Uterusfixationen bei Anteflexion« führt K. nur der historischen Vollständigkeit wegen an, obgleich er mit Küstner (in Veit's Handbuch) die Annahme einer besonderen pathologischen Anteflexion verwirft. Die Ventrofixation, so wie vaginale Operationen sind auch hier, angeblich mit gutem Erfolge, ausgeführt.

IV. Die »Geburtsstörungen«, die nach den besprochenen Operationen eintraten, beruhen wesentlich auf den vorweg klar geschilderten mechanischen Verhältnissen des Uteruswachsthums und seiner Leistungsfähigkeit nach denselben; der Unterschied zwischen sero-serösen, sero-fibrösen und fibro-fibrösen Verwachsungen wird besonders hervorgehoben. Nach Alexander's Operation wurde in 11 von 112 Fällen vorzeitige Schwangerschaftsunterbrechung beobachtet, Störungen der rechtzeitigen Entbindung kamen nicht öfters als in der Norm vor.

Nach Ventrofixation dagegen entstehen sehr bedeutende Störungen sowohl in der Schwangerschaft, wie bei der Geburt. Sehr häufig waren Hyperemesis, Schmerzen, Blasenstörungen; Abort und Frühgeburt traten in 14—17% der Fälle ein. Von 179 Entbindungen verliefen nur 62% normal (Dorland). Neben zahlreichen schweren Zangen und Wendungen wurde 8mal der Kaiserschnitt nothwendig. Häufig sind schwere Nachblutungen beobachtet, davon 2mal in Folge spontaner Einrisse, die durch Laparotomie nach Narbenlösung geheilt wurden. Norris beziffert die Mortalität der Mütter auf 14%, die der Früchte auf 58%! Die günstigsten Verhältnisse bietet die möglichst hoch an der Bauchwand stattfindende Fixation einer tiefen Stelle des Uterus. Stets ist auf etwaige Indikation zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung besonders zu achten.

Nach Vaginofixation sind Schwangerschafts- wie Geburtsstörungen erheblich bedeutender und etwa 3% häufiger (111 Fälle beobachtet). In 25% der Fälle tritt Abort ein. Von den 83 rechtzeitigen Entbindungen erforderten über 32% operative Hilfe. Nur in 9 Fällen genügte die Zange, in 7 Fällen konnte nur der Kaiserschnitt, bezw. je 1mal das Verfahren Rühl's und Dührssen's die Entbindung beenden.

Wegen dieser und weiterer lebhaft ausgemalter Gefahren (Blutungen, Eklampsie etc.) verwirft Verf. die Vaginofixation (wohl im zeugungsfähigen Alter? Ref.) ganz. Und Günstigeres erwartet Verf. auch nicht von der Vesicofixation, wenn auch zu deren Beurtheilung noch nicht genügendes Material vorliegt.

So lässt K. im Schlussworte nur Alexander's Operation und die Ventrofixation, letztere auch erst im zeugungsunfähigen Alter, zu Recht bestehen.

Bücheler (Frankfurt a/M.).

16) **Eisler.** Zur Anatomie der Regio inguinalis des Weibes[1].

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 16.)

Ein kurzes Referat über diesen Vortrag zu geben, ist unmöglich. Es sei hier nur darauf hingewiesen, wie ungemein klar und instruktiv die betreffenden Ausführungen, welche noch durch eine Anzahl vorzüglicher Abbildungen anschaulich gemacht werden, gehalten sind.

Die diesbezüglichen Details füllen gewiss aufs beste die von Vielen schon schmerzlich empfundene Lücke in den vorhandenen Lehr- und Handbüchern aus und sind namentlich für die Alquié-Alexander-Adams'sche Operation von hohem Interesse. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee.).

Schwangerschaft.

17) **R. v. Braun** (Wien). Über Frühdiagnose der Gravidität.

(Vortrag gehalten in der Sitzung der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Wien am 17. Januar 1899.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 10.)

Da die Leser dieses Centralblatts den Inhalt dieses Vortrags aus dem Protokoll der Wiener gynäkologischen Gesellschaft (dieses Centralblatt 1899 No. 17) kennen, so sei hier nur erwähnt, dass Verf. unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Diagnose der Gravidität in den ersten Monaten und ein Zeichen bespricht, welches er in einer Reihe von Fällen gefunden und mit Erfolg zur Diagnose verwerthet hat. v. B. findet, dass besonders die Gestalt des Uterus, welche dieser bei genauer manueller Untersuchung »aufweist resp. annimmt«, als wichtiges Symptom der Frühdiagnose zu betrachten sei und dass derselbe auf der einen Seite dicker erscheint als auf der anderen; am Ende des ersten und Anfang des zweiten Monats ist die eine Seite manchmal doppelt so dick wie die andere. Das dickere Horn weist eine andere Konsistenz auf als das andere, es ist weicher. Die weiche Partie reicht auf die andere Hälfte des Uterus über die Mittellinie hinüber, und an der Grenze der beiden ungleichen Hörner tastet man meistens an der vorderen und hinteren Wand (manchmal nur an einer Wand) einen deutlich längs verlaufenden Sulcus.

In manchen Fällen erscheint der Fundus uteri ungleichmäßig und leicht sattelförmig eingezogen. Bezüglich der Erklärungsversuche weist Ref. auch auf die dem Vortrage folgende Diskussion hin. **Dittel** (Wien).

18) **J. Steinhaus** (Warschau). Beitrag zur Kasuistik der bösartigen Chorionepitheliome.

(Medycyna 1899 No. 9 u. 10.)

I. Eine 28jährige IVpara, die vor $3^1/_4$ Jahren zum letzten Male ausgetragen hat, abortirt im 3. Monat. Es schlossen sich wochenlange Blutungen an und jüngst auch Schmerzen beim Uriniren. Der Uterus zeigt sich stark vergrößert und in der hinteren Wand der Harnröhre, die vordere Hälfte derselben einnehmend, ein Tumor. Die vorläufige Diagnose einer Probeexcision des Urethraltumors wurde auf »Riesenzellensarkom« gestellt; obwohl mancherlei Widersprüche mit dem typischen Verhalten dieser Geschwülste nicht übersehen worden waren. Da aber an der endgültigen Bösartigkeit des Tumors nicht gezweifelt werden konnte, wurde er in toto exstirpirt. Eine 3 Tage post. op. erfolgende starke Uterusblutung förderte zahlreiche Gewebstrümmer zu Tage und nun erst wurde der Zusammenhang klar. Kurz darauf starb die Frau. Nach dem Sektionsbefunde war der Uterus vergrößert, etwa dem 4. Schwangerschaftsmonate entsprechend, die Wände verdünnt, stellenweise bis zu Papierdünne. Das Cavum ist von nekrotischen Massen angefüllt, zerklüftet, das Gewebe von den grauen Tumormassen durchsetzt.

---

[1] Vortrag, gehalten im Verein der Ärzte zu Halle a/S.

II. Der 2. Fall ist eine Neubearbeitung eines Krankheitsfalles, den 1892 in der Gazeta lekarska No. 10 Lebensbaum unter dem Titel: Scheidenkrebs durch Autoinfektion mit gleichzeitigem Uteruskrebs entstanden, veröffentlicht hat. Es handelte sich um eine 37jährige VIpara, die vor 4 Monaten normal entbunden hatte. Es waren rasch Blutungen aufgetreten, man fand bei der Untersuchung einen kleinen Tumor der Vagina, der als Carcinom angesprochen wurde, und später diagnosticirte man nach einer Curettage ein Uteruscarcinom. Beide Tumoren wurden exstirpirt, die Pat. starb 6 Tage nach der Hysterektomie. Die erneute Untersuchung durch S. ergab, dass es sich auch in diesem Falle nicht um Krebs, sondern um ein typisches malignes Chorionepitheliom gehandelt hat. **Flatau** (Nürnberg.)

19) **Edmonds** (Georgetown). Malaria und Schwangerschaft.

(Brit. med. journ. 1899. April 29.)

Das Zusammentreffen von Malaria und Schwangerschaft kann sowohl für die Mutter wie das Kind Grund zur Sorge werden, so urtheilt Verf. nach einer 20jährigen Thätigkeit in Malariadistrikten. Erreicht die Temperatur 40° C., so stirbt das Kind mit Sicherheit ab. Die Mutter ist im Wochenbett gefährdet, hauptsächlich wenn die Malaria zur Gelbsucht geführt hatte; es ist alsdann vom 5. bis 9. Wochenbettstage der Tod der Mutter nicht selten. E. gab mit bestem Erfolge 4stündlich 0,3 g Chinin. **Rissmann** (Osnabrück).

20) **Polano.** Über das Verhalten der Uterusschleimhaut nach Abort und Blasenmole.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Heft 1.)

Sehr wichtig wäre es, wenn man nach Ausstoßung einer Blasenmole sofort entscheiden könnte, ob der weitere Verlauf für die Mutter ein günstiger oder ein ungünstiger sein wird. Da die Untersuchung der Blasenmole keinerlei Aufschluss gewährt, so bleibt als einziger Weg die wiederholte Ausschabung der Uterusschleimhaut nach Geburt einer Mole und Untersuchung dieser Massen übrig.

In 5 Fällen von Blasenmole wurde 8 Tage, 3 Wochen und 3½ Woche, in einem 6. Falle 12 Tage nach Geburt der Mole in dieser Weise verfahren. Sämmtliche Fälle gehörten zu den gutartigen Erkrankungen an Blasenmole, ½ Jahr post partum hatten sich keine Symptome einer malignen Neubildung geltend gemacht.

Des Vergleichs halber wurden nach Abortausräumung aus dem 3.—5. Monate 8 und 12 Tage post abort. Auskratzungen der Gebärmutterschleimhaut vorgenommen und mikroskopisch untersucht. Dazu kam der Uterus von je einer Frau, die beide im 5. Graviditätsmonate 6 Stunden und 8 Tage nach dem Abort gestorben waren. Es zeigte sich, dass 8 Tage nach dem Aborte beinahe eine völlige Regeneration der Schleimhaut stattgefunden hatte. Das Oberflächenepithel befand sich im Generationswechsel, von ihm gingen solide Zellzapfen in die Tiefe, aus denen sich durch Aushöhlung Drüsenschläuche zu bilden schienen. Syncytiale Wanderzellen waren nicht mehr nachzuweisen.

Bei den 8 Tage nach dem Aborte curettirten Blasenmolen fanden sich keinerlei fötale Reste, auch keine Zellen der Langhans'schen Schicht, in der Schleimhaut. Die Regeneration der Schleimhaut glich in allen wesentlichen Punkten der Schleimhaut nach einfachem Aborte. **Scheunemann** (Breslau).

Berichtigung: In No. 49 d. Bl. v. J. p. 1485 muss es im Referate über Gersuny, Peritoneale Adhäsionen und ihre Beziehungen zum weiblichen Genitale Z. 11, 12 von unten statt »in welchem die Resorption des Blutes durch die Peristaltik nicht so begünstigt wird« heißen: »in welchem die Resorption des Blutes durch die Peristaltik begünstigt wird«.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und **Büchersendungen** wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. Sonnabend, den 13. Januar. 1900.

I. Prolapsoperation.

Von

H. Fritsch.

Wenn ein neuer Gedanke Betreffs einer Operation veröffentlicht wird, so ist es selbstverständlich, dass sich die Fachgenossen mit dem Studium der neuen Idee beschäftigen. Ein völlig origineller Vorschlag war Freund's Methode der plastischen Verwerthung des Uterus zur Heilung von großen Fisteln. Es liegt nur an der Seltenheit so enormer Zerstörungen der Blasen-Scheidenwand, dass immerhin noch wenige Berichte über derartige Freund'sche Fisteloperationen vorliegen. Gewiss häufiger werden die Fälle sein, wo der Uterus, ebenfalls nach Freund's Vorschlag, zur Heilung des Prolapses verwendet wird.

Ich muss zugeben, dass die Totalexstirpation des Uterus und der Scheide keine unanfechtbare Methode ist: Die stark angezogenen und an den Rest der Vagina fest angenähten breiten Mutterbänder fixiren zwar den Vaginalrest resp. die Quernarbe hoch oben, aber man muss doch eine gute Dammplastik hinzufügen, wenn der Erfolg ein dauernder und tadelloser sein soll.

Ich habe desshalb die Totalexstirpation bei Prolaps verhältnismäßig seltener gemacht und principiell auf Fälle beschränkt, bei denen große Geschwürsbildungen die Plastiken erschwerten oder bei denen Myome resp. ein Carcinom die Entfernung des Uteruskörpers auch ohne den Prolaps indicirten.

Gelegentlich eines Besuches meiner Klinik, bei der Freund eine Totalexstirpation eines Uterus wegen Prolaps bei einer Greisin sah, äußerte er, dass er bei seiner plastischen Methode in $^1/_3$ der Zeit fertig würde und dass ihm das große Loch im Beckenboden doch recht bedenklich erschiene.

Ich muss das als richtig anerkennen. Unter allen Umständen ist eine Methode vorzuziehen, die unblutiger ist, kürzere Zeit dauert und bei der kein Organ, das noch Verwendung finden kann, geopfert wird.

Desshalb beschloss ich, fernerhin nur dann den prolabirten Uterus zu exstirpiren, wenn außer dem Prolaps eine specielle strikte Indikation zur Totalexstirpation vorlag, dagegen in anderen Fällen von Prolaps dem Freund'schen Vorschlage zu folgen.

Es ist klar, dass die speciellen Verhältnisse bei den Prolapsen recht verschieden sind. Behandelt man das Kapitel des Prolapses im Lehrbuche oder den klinischen Vorträgen, so ist man leider gezwungen, sich kurz zu fassen und nur die immer vorhandenen Hauptsachen zu erörtern. Operirt man aber viel Prolapse, so wird man, gemäß der Betheiligung der vorderen und hinteren oder der seitlichen Wand der Scheide, der Portio, des Uterus, der Blase, des Dammes etc., unendlich viel kleine und große Differenzen finden. Diese Differenzen müssen die individuelle Operationsmethode so beeinflussen, dass fast jede einzelne Operation von der anderen verschieden ist. Namentlich die Behandlung der Cystocele, das Hochnähen der Blase, die Behandlung der Portio, die Resektion oder Plastik der hinteren Vaginalwand und des Dammes sind fast in jedem Falle verschieden; angemessen und entsprechend den individuellen Verhältnissen.

Es werden somit, wenn auch das Grundprincip: die plastische Verwerthung des in die Vagina eingestülpten Uterus stets dasselbe bleibt, dennoch viele Modifikationen möglich sein und auch thatsächlich ausgeführt werden.

Schon Freund hat in verschiedener Weise operirt, eben so zeigen die Methoden von Lott und Wertheim u. A. Verschiedenheiten. Desshalb ist es auch verzeihlich, dass ich eine Methode wählte, die wiederum von den anderen Methoden etwas abweicht.

Wenn eine völlige Inversion der Scheide mit totalem Uterusprolaps vorliegt, wenn die Scheide nicht nur vorn und hinten, sondern auch seitlich so abgelöst ist, dass der mit dem Fundus prävulvar liegende Uterus an dieser abgewickelten Scheide hängt, so kann das Festnähen des Uterus nur allein an die vordere oder hintere Scheidenwand nicht genügen. Schiebt man in solchem Falle vor der Operation versuchsweise abwechselnd die vordere oder die hintere Wand in die normale Lage in die Beckenhöhle zurück, so bleibt dadurch unbeeinflusst die andere Wand subvulvar liegen.

Es ist also klar, dass beide Wände fixirt werden müssen. Wir hatten dazu schon früher eine Operationsmethode: die Neugebauer- oder Lefort'sche Operation. Als vor vielen Jahren der Prioritätsstreit entflammte, habe ich diese Methode: die Suspension der einen Wand an der anderen, resp. das Zusammennähen der vorderen und hinteren Wand mehrmals ausgeführt. Über die Resultate fehlen mir jetzt Notizen, indessen gut waren die Resultate nicht. Ich gab die Methode bald wieder auf. Wenn man aber diese Operation mit der Freund'schen Methode verbindet, so kann dadurch gewiss ein gutes Resultat zu erzielen sein. Man fixirt die vordere und hintere Vaginalwand am herabgezogenen Uteruskörper. Dieser wird noch viel mehr als es die herabgezogenen Ligamenta lata bei meiner Totalexstirpation vermögen, die angenähte Scheidenwand nach oben bringen. Seitlich bleibt auf jeder Seite ein Weg zum Scheidengewölbe resp. der Portio vaginalis übrig, so dass Sekrete abfließen können. Dass die Methode, schon weil sie den Coïtus unmöglich macht, nur bei Greisinnen post cessionem menstruationis ausgeführt werden darf, ist klar.

Das Resultat dieser Operation ist ein so überraschend gutes, dass ich mich für verpflichtet halte, die Methode den Herren Fachkollegen zur Beurtheilung zu unterbreiten. Ich verfuhr folgendermaßen:

Ich frischte an dem subvulvar liegenden Prolapse vorn ein Oval an, machte sodann die Kolpotomia anterior und nähte sofort, wie es Wertheim vorschlug, Peritoneum und Vagina fest, fortlaufend an die Cervix des vorn herabgeschlagenen Uterus. Sodann wurde die der vorderen Anfrischung der Scheide gegenüber liegende (also die ursprünglich dorsale, jetzt vordere) Uterusfläche an die Anfrischung mit fortlaufendem Katgutfaden fest angenäht. Der Wundrand der Anfrischung entsprach ungefähr überall dem seitlichen und oberen Rande des Uterus.

Jetzt schnitt ich in die hintere Vaginalwand die Fig. I ein, klappte die 2 Lappen nach rechts und links und nähte sie so auf die gegenüber liegende Uterusfläche (also die ursprünglich vordere, jetzt hintere) auf, dass der Uterus völlig versenkt, völlig gedeckt lag. Die Ränder der hinteren Vaginalwunde waren lineär mit der vorderen vereinigt.

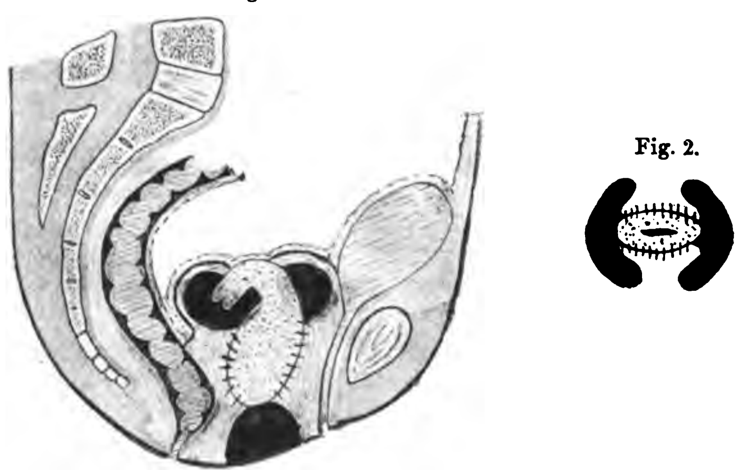
Es ist klar, dass man auch aus der vorderen Vaginalwand das Oval nicht auszuschneiden braucht, sondern ebenfalls die Fig. I ein-

schneiden und die Lappen umklappen kann. Dadurch würde die Operation noch unblutiger und noch mehr abgekürzt. Eben so gut könnte man, wenn das als besser erschiene, hinten und vorn ein Oval aus der Scheide präpariren und dies auf den Uterus aufnähen, resp. den Uterus in das Loch versenken.

Jedenfalls aber würde es vortheilhaft sein, principiell den Uterus völlig zu decken, also ihn vorn und hinten unter die Vaginalwand zu lagern.

Somit ist die Hauptsache dieser Operation, die Methode Freund's, den Uterus in die Scheide herabzuklappen und plastisch zu verwerthen. Von der älteren Neugebauer'schen Methode ist adoptirt das Aufhängen der einen Scheidenwand an der anderen. Nur ist diese Aufhängung nicht eine direkte, sondern eine indirekte, indem der Uterus dazwischen geschoben ist.


Fig. 1.


Fig. 2.

Die zwei Figuren werden die Methoden klar machen. Bei Fig. 1 ist die Scheide unten und oben schwarz, bei Fig. 2 sieht man ebenfalls wie seitlich — schwarz — das Lumen der Scheide erhalten bleibt.

Ich hatte angenommen, dass Sekretion eintreten würde. Die Sekretion fehlte indessen völlig. Es musste nicht ein einziges Mal ausgespült werden. Der Uterus zog sich während der Heilung immer mehr nach oben zurück. Urinsekretion und Defäkation erfolgten spontan, ohne Schmerzen. Die alte Frau hatte während der Heilung und nach dem Aufstehen beim Umhergehen nicht die geringsten unangenehmen Empfindungen.

Bedenkt man, dass diese Operation sehr schnell auszuführen ist, dass wenn man nach der Lappenmethode operirt, sehr wenig Blut verloren geht, dass ein Recidiv unmöglich ist, dass Sekretion bei

Versenkung beider Uterusflächen nicht eintritt, so muss man in der That diese Operation für außerordentlich leistungsfähig erklären. Selbstverständlich ist sie für Fälle zu reserviren, bei denen die Menstruation nicht mehr vorhanden ist.

II. Über die Operation grofser Bauchnarbenbrüche.

Von

Dr. **Heinrich**, Frauenarzt, Bremerhaven.

Wie groß das Interesse an der Verhütung von Bauchnarbenbrüchen ist, sieht man am besten an den stets wiederkehrenden Verhandlungen über die zweckmäßigste Bauchnaht.

Wenn auch einzelne Operateure noch an der einfachen Naht durch die ganze Dicke der Bauchdecken festhalten, so hat sich doch der bei Weitem größere Theil im Principe der Etagennaht — der Wiener Methode — zugewendet. Nun sind die Heilungsbedingungen gerade hier sehr ungünstige, weil elastische Bindegewebsfasern wegen der schlechten Ernährungsverhältnisse sehr wenig Tendenz zum schnellen Verwachsen haben.

Trotzdem aber muss diese Vereinigung erzielt werden, wenn wir vor Narbenbrüchen sicher sein wollen. Wenn einzelne Operateure, mehr Gewicht auf die Vereinigung der Musc. recti legend, den Bauchschnitt durch diese hindurch machen und gute Erfolge erzielt haben, so liegt meines Erachtens der Grund hierfür nicht in der Vereinigung der Muskelfasern, sondern darin, dass zugleich mit der Muskelvereinigung sich die Schnittränder der Fascie gut an einander legen und — was die Hauptsache ist — an dem darunter liegenden Muskel eine gute Ernährungsbasis haben.

Ich muss noch eine Bemerkung über das Nahtmaterial machen. Als ich vor etwa 10 Jahren in der Chrobak'schen Klinik die Etagennaht kennen lernte, wurde dort die Fasciennaht mit Seide ausgeführt, da es dabei aber, wenn auch selten, vorkam, dass Seidenfäden sich noch nach Monaten abstießen, so wählte ich in meiner eigenen Praxis Katgut. Bei den so genähten Fällen ist mir zwar bis jetzt auch noch kein Narbenbruch vorgekommen, aber ich sah in einem Falle, bei welchem ich wegen Ileus am 5. Tage den Bauch wieder öffnete, dass die Fasciennaht nicht mehr die exakte wie bei der ersten Operation war; die Katgutknoten waren gequollen, lagen daher nicht mehr so fest, und die Ränder der Fascie klafften in Folge dessen an einzelnen Stellen 1—2 mm.

Auf Grund dieser Beobachtung ging ich wieder zur Seide über, und zwar nahm ich ziemlich dünne Fäden, achtete darauf, dass die Nadel dicht am Schnittrande ein- und ausgestochen wurde, um ein Umkrempeln der Ränder zu verhüten, und dass jeder Knoten ein sog. Schifferknoten wurde, wodurch ein ganz kurzes Abschneiden der

Fäden ermöglicht ist. Bei diesen Fällen — etwa 50 einschließlich der Alexanderoperationen — habe ich kein späteres Abstoßen der Seidennähte erlebt. Ob man Seide oder ein anderes schwer resorbirbares Nähmaterial nimmt, ist gewiss gleichgültig, nur muss jedes Nähmaterial so zubereitet sein, dass man vor Fadeneiterung sicher ist.

Ich gehe nunmehr zu meinem Falle über:

Pat. war, wie mir Herr Geheimrath Prof. Gusserow mittheilte, von ihm im März 1887 durch konservative Sectio von einem reifen aber schlecht entwickelten Mädchen entbunden[1]. Bei der damaligen Operation prolabirten sämmtliche Därme hinter dem hervorgewältzten Uterus und wurden zum Theil in Sublimattücher gelagert; die Muskelwunde des Uterus wurde durch 8 Silberdrahtnähte geschlossen, darüber die Serosa durch 16 Seidennähte vereinigt, auf die Nahtlinie des Uterus wurde Jodoform gepudert. Die Bauchwunde wurde durch einfache, sämmtliche Schichten fassende Nähte geschlossen. Die Pat. hatte eine leichte Sublimatvergiftung durchzumachen, genas aber dann ohne jeden Zwischenfall.

Die Körperlänge 123 cm, Conj. diag. 7 cm. Der Bauchbruch war von enormer Größe: die scharfrandige Bruchpforte befand sich in Nabelhöhe, während der Bruch selbst bis zu den Knieen reichte und den größten Theil der Därme enthielt. Die Reposition des Bruchinhaltes gelang ohne Mühe und konnte ich dann die Bruchpforte durch meine Faust noch nicht ganz verschließen. Eine vergebliche Operation hatte schon stattgefunden.

Der Verlauf der von mir am 4. Juni 1899 vorgenommenen Operation war folgender: Nach Reponirung der großen Darmmassen eröffnete ich den Bruchsack, und zwar am Rande der scharf durchzutastenden Bruchpforte; dieses gelang ohne Darmadhäsionen zu treffen. An der ganzen Peripherie der Bruchpforte war das Netz fest mit dieser verwachsen, die Därme lagen völlig frei in dem großen, sehr dünnwandigen Bruchsacke. Die Organe des kleinen Beckens zeigten ebenfalls keine Verwachsungen, weder unter sich noch mit der Bauchwand; an der Vorderseite des Uterus lagen 4 Silberdrahtnähte, deren Enden etwa 2 mm über die Oberfläche des Organs hervorragten, diese waren von glänzendem Peritoneum wie von Spinngewebe überzogen; Seidenfäden fand ich nicht.

Ich trug nun das Netz am Rande der Bruchpforte bündelweise ab und entfernte den größten Theil derselben; darauf versuchte ich, ob ein Heranziehen der Recti an einander möglich sei, die Spannung war aber so groß, dass an eine Nahtvereinigung auch nach Eröffnung der Rectusscheiden gar nicht zu denken gewesen wäre. Ich vernähte daher zuerst das Peritoneum mit fortlaufender Katgutnaht; dann präparirte ich Haut und Fettgewebe von der Aponeurose des rechten Musc. rectus ab und durchtrennte diese in der Längsrichtung mit einem flachbogenförmigen Schnitte von etwa 12 cm Länge, dessen Konvexität lateral lag. Dieser Fascienlappen wurde vorsichtig lospräparirt, zumal an den Stellen der Inscriptiones, und dann umgeschlagen. Dann eröffnete ich die Scheide des linken Musc. rectus an dem scharfen Rande der Bruchpforte und nähte nun sehr exakt mit mittelstarken Seidenfäden den umgeschlagenen Fascienlappen der rechten Seite an den oberen Wundrand der linken Rectusscheide, so dass genau Schnittfläche an Schnittfläche zu liegen kam. Da auf diese Weise gar keine Spannung an der Nahtlinie war, so konnte ich in 2. Schicht nochmals den Fascienlappen an die linke Rectusscheide befestigen, wodurch die 1. Fasciennaht nach innen gestülpt wurde. Die so geschaffene Vereinigung der Fascie bildete eine wenig nach links konvexe Linie.

Darüber kam die Hautnaht — Seidenknopfnähte —, wobei darauf geachtet wurde, dass die Nadel auf der rechten Seite den theilweise von seiner Fascie ent-

---

[1] Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 20 und Charité-Annalen 1889. p. 643 und 670.

blößten Musc. rectus, auf der linken Seite die Rectusscheide mitfasste, um Taschenbildung zu vermeiden. Der Heilungsverlauf war ein ungestörter, die Wunde war überall p. pr. int. geheilt, als ich am 12. Tage die Nähte entfernte.

Auffallend erscheint es, dass gar keine Adhäsionen vorhanden waren außer der halskrausenartigen Umsäumung der Bruchpforte mit dem Netze.

Zwar ist die Zeit nach der Operation eine viel zu kurze, um über den endlichen Erfolg eine sichere Vermuthung aussprechen zu können, nur das kann ich heute feststellen, dass die Verwachsung der Fascie bisher eine lückenlose ist und die Pat. ohne jede Beschwerde als Dienstmädchen arbeitet. Ich würde auch noch nicht zur Veröffentlichung dieses Falles und der Operationsmethode gegangen sein, wenn nicht von anderer Seite Vorschläge zur Heilung solcher großen Bauchnarbenbrüche gemacht wären.

Auf der Naturforscherversammlung vorigen Jahres in München hat Prof. Bumm[2] einen Vortrag über eine Methode der Heilung großer Bauchnarbenbrüche gehalten. Auch er legt den Hauptwerth auf die genaue Naht der Fascie, brachte diese aber in seinen beiden Fällen auf andere Weise zu Stande als ich in den meinigen. Ausgehend von der Beobachtung, dass sich die Ränder des Bruches in kauernder Stellung der Pat. einander näherten, führte er die Naht der Fascie auch in dieser Lagerung aus, und zwar gelang dieselbe sehr gut in transversaler Richtung, nachdem 4—5 cm weit die Fascie Zwecks größerer Mobilisirung von dem Muskel getrennt war. Die Hautnaht erfolgte in Längsrichtung. Die Pat. hielt 4 Wochen nach der Operation die kauernde Stellung bei.

Die so ausgeführte Naht der Fascie muss, wenn ich das leider sehr kurz gefasste Referat richtig verstehe, eine in transversaler Richtung laufende, mehr oder weniger gebogene Linie darstellen.

In Bumm's 2. Falle handelte es sich um eine große, mit der Spitze nach oben liegende dreieckige Bruchpforte, deren Schließung nach Spaltung der Rectusscheiden unter Zuhilfenahme großer Entspannungsschnitte in die Fascie beiderseits in der Weise gelang, dass die Spitze in senkrechter, die Basis in horizontaler Richtung vereinigt wurde. Die Nahtlinie der Fascie muss somit eine ⊥-förmige gewesen sein.

Ich will kurz ausführen, wesshalb ich diese Methode nicht für so gut halte als die von mir angewendete.

Es ist nöthig, hier die physiologische Bedeutung der Musc. recti zu betonen, die darin besteht, dass sie bei Anwendung der Bauchpresse den ungefähr in transversaler Richtung wirkenden queren Bauchmuskeln durch ihre Kontraktion einen festen Angriffspunkt bieten. Kontrahiren sie sich zu diesem Zwecke, so müssen sich die inneren Ränder beider Muskeln so weit als möglich nähern und damit die Linea alba vor zu starkem Zuge der queren Bauchmuskeln schützen. Auf diesen Punkt hat auch Prof. Kehrer hingewiesen[3].

---

[2] Da ich verhindert war, an jener Versammlung Theil zu nehmen, so habe ich dieser Abhandlung das Referat des Bumm'schen Vortrages im Centralblatt für Gynäkologie 1899 p. 1215 zu Grunde legen müssen.

[3] Centralblatt für Gynäkologie 1896. p. 1122.

Ist nun die Fasciennaht in transversaler Richtung angelegt wie in dem 1. Falle von Bumm, so wird dieselbe zunächst bei normaler Körperstreckung gezerrt, weil der obere und untere Ansatzpunkt der Fascie einander zu stark genähert sind; dem suchte Bumm entgegen zu wirken, indem er die Pat. nach der Operation 4 Wochen halbsitzende Stellung einnehmen ließ. — Aber auch die Recti selbst zerren an der Naht bei jeder Anwendung der Bauchpresse, gleichviel in welcher Stellung die Pat. sich befindet. Es erscheint dieses vielleicht auf den ersten Blick unwahrscheinlich, weil ja durch die Operation die Fascie kürzer geworden ist als die Musc. recti, so dass diese sich erst ziemlich stark kontrahiren könnten, ehe die Fascie gespannt wäre. Dies würde richtig sein bei einem einheitlichen Muskel: ein solcher ist aber der Rectus nicht, sondern durch die Inscriptiones stellt er sich dar als eine Reihe von 4 bezw. 5 fast selbständigen Muskeln, die sich unabhängig von einander zusammenziehen können[4]. Jede dieser Muskelabtheilung überträgt nun durch die feste Verbindung der Fascie mit den Inscriptiones die Wirkung ihrer Kontraktion auf die Fascie und muss somit die quere Nahtlinie zu dehnen suchen.

Auch die Wirkung der queren Bauchmuskeln ist nicht ohne Einfluss auf die quere Facsiennaht, wenn nämlich nicht gerade die Recti so stark entwickelt sind, dass sie bei fester Kontraktion säulenartig neben der Linea alba stehend, jeden Zug der queren Muskeln aufheben; dieser Fall dürfte, wenn man das Volumen der in Betracht kommenden Muskeln berücksichtigt, kaum möglich sein. Am geringsten würde der Effekt des quer gerichteten Muskelzuges sein, wenn die Nahtlinie genau in der Richtung dieses Zuges liegen könnte; aber auch dies erscheint bei der verschiedenen Zugrichtung der queren bezw. schrägen Bauchmuskeln nicht wohl angängig.

Folglich findet die quergerichtete Nahtlinie nur an den Seiten einen allerdings nicht ausreichenden Schutz durch die Musc. recti. Wo nun die Zerrung der Recti einerseits, der Obliqui und Transversi andererseits an der Nahtlinie zusammentrifft, dort wird der gefährdetste Punkt derselben sein; dieser Punkt muss in der Mitte der Nahtlinie liegen, und vielleicht ist es kein Zufall, dass Bumm an dieser Stelle der Fasciennarbe nach einem Jahre eine erbsengroße Lücke fand.

Ähnlich liegen die Verhältnisse in dem 2. Falle von Bumm, nur kommt hier noch als die Heilung erschwerend in Betracht, dass die Nahtlinie der Fascie eine ⊥-förmige ist, deren Mittelpunkt, wie von anderen plastischen Operationen bekannt, geringe Neigung zu genauer Verwachsung zeigt. Gerade diese Stelle zeigte auch nach einiger Zeit eine erbsengroße Lücke.

Vielleicht darf ich noch bemerken, dass die Fasciennähte auch wohl besser halten, wenn sie, wie in meinem Falle, etwa quer zu den

---

[4] Henle, Handbuch der Anatomie.

Sehnenbündeln der Fascie als wenn sie diesen gleichgerichtet, wie in den Fällen von Bumm, liegen.

Fasse ich zum Schlusse zusammen, worauf es meiner Ansicht nach bei diesen Operationen ankommt, so sind es folgende Gesichtspunkte:

1) Die große Bruchpforte muss durch Fascie geschlossen werden; diese erhält man am besten durch Ablösen und Umschlagen eines halbmondförmigen Fascienlappens aus der oberen Aponeurose eines Musc. rectus und Annähen dieses Lappens an das obere Blatt der eröffneten Rectusscheide der anderen Seite.

2) Die Nahtlinie muss so gerichtet sein, dass nur eine möglichst geringe Muskelzerrung an derselben stattfindet, d. h. dieselbe muss in möglichst vertikaler Richtung laufen. In diesem Falle nämlich findet in vertikaler Richtung keine Zerrung derselben statt, und in horizontaler eine solche, welche gleich ist der Kraft der Musc. obliqui und transversi minus der Kraft der Musc. recti, d. h. gleich der Zerrung, welche unter normalen Verhältnissen die Linea alba auszuhalten hat.

3) Die Naht der Fascie muss mit einem schwer resorbirbaren Materiale (Seide, Silkworm) ausgeführt werden, für dessen Sterilität der Operateur selbst die volle Verantwortung zu übernehmen hat.

---

1) P. Stolper (Breslau). Die angeborenen Geschwülste der Kreuz-Steißbeingegend.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L.)

Verf. hatte in der Poliklinik des Knappschaftslazaretts zu Königshütte O/S. (Prof. Dr. W. Wagner) Gelegenheit, eine größere Reihe von einschlägigen Fällen zu beobachten und ihre chirurgische Bedeutung kennen zu lernen. Auf Grund seiner eigenen Untersuchungen und des Studiums der Litteratur kommt er zu folgenden Ergebnissen:

1) Man hat unter angeborenen Geschwülsten der Kreuz-Steißbeingegend cystische Tumoren zu verstehen, die sich bald an der dorsalen, bald an der ventralen Seite des unteren Wirbelsäulenendes entwickeln, in ihrer Größe sehr verschieden, von kaum sichtbarem, bis zu monströsem Umfange sind.

2) Man unterscheide die nicht durch doppelte Keimanlage entstehenden Geschwülste von den durch doppelte Keimanlage entstehenden.

3) Die ersteren entstehen durch Störungen im Zusammenschlusse der embryonalen Komponenten des unteren Stammendes. Hierher gehören die reinen Dermoide (Sacrococcygealfisteln und -Cysten) und die mit Wirbelspalte, bezw. -Defekt verbundenen Aussackungen des Rückgratinhaltes (Spina bifida) einschließlich der Spina bifida occulta.

4) Manche Fälle von Spina bifida sind mehrcystisch und können nur durch histologische Untersuchung von den teratoiden Sacraltumoren

unterschieden werden. Sie und noch öfters die Spina bifida occulta kommen kombinirt mit »teratoiden« Mischgeschwülsten vor.

5) Echte Schwanzbildung ist niemals mit Sicherheit beobachtet; lipomatöse oder ähnliche Anhänge können in der Steißgegend wie überall vorkommen.

6) Die Möglichkeit, dass einmal Reste des Medullarrohres oder persistirende Steißwirbel, oder der Ductus neuroentericus, bezw. postanale Darmabschnitte oder die Luschka'sche Steißdrüse zum Ausgangsorte einer Geschwulst werden können, ist nicht zu leugnen, aber erwiesen ist dieser Zusammenhang in exakter Weise noch nie.

7) Die bislang so erklärten »teratoiden« Geschwülste der Sacralgegend zeigen übereinstimmend eine Zusammensetzung aus Abkömmlingen sämmtlicher drei Keimblätter; nur die Wachsthumsverschiedenheit derselben giebt den Tumoren ein makroskopisch so verschiedenes Aussehen.

8) Die Mannigfaltigkeit im Sitze, in der groben und feineren Struktur, insbesondere die Andeutungen allerverschiedenster Organe, die Cystenbildung, die Verschiedenheit der Epithelform in einer und derselben Cyste erklärt sich leicht durch die Annahme einer doppelten Keimanlage. Wir nennen daher die Tumoren, wie Wilms seine Hodenteratome, embryoide Geschwülste.

9) Es giebt zahlreiche Übereinstimmungen in der Struktur der Mischgeschwülste, denen man bisher monogerminalen Ursprung zuschrieb, und der unzweifelhaften Parasiten; auch das stützt obige Annahme.

10) Die Bildung des parasitären Keimes ist zu verlegen bis in die Zeit, wo durch ungleichmäßige mitotische Theilung die Richtungskörper entstehen. Die Möglichkeit der Befruchtung eines solchen ist Voraussetzung. So erklärt sich dann die Lage des rudimentären Parasiten innerhalb des Amnions des Autositen.

Bösartig sind die embryoiden Geschwülste keinesfalls. Sie werden nur durch die erhebliche Größenentwicklung gesundheitsschädlich, mit Ausnahme der umfänglichen Tumoren an der ventralen Seite, bei denen noch andere schädliche Momente hinzukommen. Die Therapie ist chirurgisch.

Hohl (Bremerhaven).

---

2) **Bouffe de Saint-Blaise.** Les autointoxications de la grossesse.

Paris, **Ballière et fils**, 1899.

Nachdem Verf. sich ausführlich über die Physiologie der Autointoxikationen so wie über die Physiologie der normalen Schwangerschaft verbreitet hat, bespricht er die Pathologie der Autointoxikationen außerhalb der Schwangerschaft und während derselben und kommt dabei zu folgenden Schlüssen: Autointoxikationen existiren bei jedem gesunden Menschen und machen keine Symptome, so lange die Abwehrorgane: Leber und Nieren, intakt sind; während der Schwangerschaft treten sie in höherem Maße auf; vielleicht giebt

es specielle, durch die Schwangerschaft bedingte Giftstoffe. Auch dann ist das Ausschlaggebende die normale glykogene Funktion der Leber, die durch vorhergehende Erkrankung dieses Organs, durch chronisches Nierenleiden, durch gastrische Affektionen etc. gestört werden kann. Selbst bei geringfügiger Störung wird ein Circulus vitiosus geschaffen, der schwer zu beseitigen ist. Der Zustand der Nieren ist gleichfalls von hoher Bedeutung, aber nicht so ausschlaggebend wie der der Leber; auch bei gesunden Nieren treten schwere Symptome auf. Die im Blute zurückgehaltenen Giftstoffe sind sehr zahlreich oder wirken individuell verschieden wegen des wechselnden Symptomenbildes (Kopfschmerz, Ptyalismus, Erbrechen, Eklampsie). Genaueste Beobachtung aller Graviden bei Anzeichen von Autointoxikation ist nothwendig. Gehen die Erscheinungen bei den üblichen therapeutischen Maßnahmen (Allgemeinbehandlung, Milchdiät) nicht zurück, so ist die künstliche Frühgeburt indicirt. Bei eklamptischen Anfällen kann Chloral in Dosen bis zu 12—16 g gegeben werden, eine schädigende Wirkung auf die Leber tritt nicht ein, wie das Thierexperiment ergab; dessgleichen soll der Anfall durch Chloroformanästhesie koupirt werden. **Stoeckel** (Bonn).

---

3) Das Hebammenwesen in England.

(Brit med. journ. 1899. Juni 24 und August 5.)

Dem House of Commons liegt ein Gesetzentwurf vor, welcher das Hebammenwesen in gleicher Weise regeln will, wie es bei uns der Fall ist. Gegen diese Regelung wird fortdauernd von ärztlicher Seite in Protestversammlungen opponirt. Die Ansichten der englischen Ärzte erhellen aus folgenden Resolutionen, die zur Annahme kamen.

1) Pflegerinnen sind Personen, die nicht unter die Bestimmungen der Medicinalgesetze 1858—1886 fallen und unter der Beaufsichtigung und Anweisung eines Arztes bei gebärenden Frauen und Wöchnerinnen Dienste leisten. Die Aufstellung einer untergeordneten Klasse von weiblichen Praktikern, sog. Hebammen, wird mit lebhaften Bedenken wahrgenommen.

2) Es ist verwerflich, das Vorgehen einiger Mitglieder der Brit. med. Association, welche Personen, die keine Studenten sind, über Geburtshilfe, Frauen- und Kinderkrankheit Belehrungen ertheilen, und es kann nicht gutgeheißen werden, dass einige gelehrte Gesellschaften solchen Personen Zeugnisse ertheilen.

Bissmann (Osnabrück).

---

4) **H. A. Kelly** (Baltimore). Die Freilegung und direkte Naht des Sphincter ani bei vollständigen Dammrissen.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1899. Januar-Februar-März-Hft. p. 1.)

K. theilt die einschlägigen Fälle in solche, in denen die Enden des zerrissenen Muskels an einander liegen, und solche, in denen sie

um 1 cm oder mehr von einander abstehen. Im ersten Falle tritt Heilung mit Hinterlassung einer Narbe ein, so dass der Muskel dann nicht mehr ein wahrer Sphinkter ist, sondern sich nur bis zur Narbe zusammenzieht, dort einen festen Punkt findend. Allein, wenn auch die Enden des zerrissenen Sphincter ani externus aus einander stehen, kann dennoch vollkommene willkürliche Kontrolle vorhanden sein, wenn nur der Sphincter ani internus intakt ist. Allein das ist eben meist nicht der Fall wo der Zwischenraum zwischen den Enden des Sphincter internus erheblich ist, denn dann pflegt auch der Sphincter internus zerrissen zu sein. Auch bei anscheinend vollkommener Heilung nach den gewöhnlichen Nahtmethoden kann unter diesen Umständen die Kontrolle eine sehr geringe sein. In einem solchen Falle machte K. einen halbmondförmigen Schnitt durch die Haut etwa 1 cm oberhalb des Afterrandes, löste dann die in der Narbe fest verwachsenen Enden des Muskels, jede etwa auf 1—1½ cm Länge aus dem Gewebe heraus, frischte sie an und vereinigte sie mit einander durch versenkte Katgutnähte; darauf wurde auch das Fettgewebe des Septums mit versenkten Nähten genäht und die Hautwunde geschlossen. Jetzt pflegt K. gleich bei der ersten Operation des Dammrisses auf diese Verhältnisse zu achten und mit ihr die Naht des Sphinkters zu verbinden, wenn sie nöthig erscheint, wodurch er treffliche Erfolge erzielt. Die Sphinkterwirkung pflegt sogleich nach Beendigung der Narkose vollständig hergestellt und dem Willen unterworfen zu sein. Zuweilen findet man die Enden nicht sogleich und muss sie besonders aufsuchen. Auch empfiehlt es sich, durch Haut und die tieferen Gewebe und die Muskelenden noch eine Entspannungsnaht hinzuzufügen, wozu er Silkwormgut benutzt, um während des Heilungsvorganges die versenkten Muskelnähte zu entlasten. Endlich will K. dieser Naht des Sphincter externus auch noch die des internus hinzufügen, indem er dessen Enden weiter hinauf in dem Septum aufsucht, anfrischt und gleichfalls mit versenkten Nähten vereinigt, wobei wiederum eine Entspannungsnaht im Septum hinzuzufügen ist. Nach einer Mittheilung Baldy's (Philadelphia) an K. verfolgt auch dieser Operateur ähnliche Verfahren. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

5) **MacDonald** (New York). Puerperale Geistesstörung. Eine übersichtliche Betrachtung für den Praktiker.

(Med. record 1899. Februar 18.)

Nur die wirklich während des Puerperiums auftretenden Geistesstörungen können hier gezählt werden. Man kann die Regel aufstellen, dass die Häufigkeit der puerperalen Geistesstörungen im geraden Verhältnis zu der nach der Geburt verflossenen Zeit abnimmt, nur ausnahmsweise aber treten sie schon während der Geburt auf. So hat ein schottischer Irrenarzt, Clouston, unter 60 Fällen etwa 80% innerhalb der ersten 2 Wochen auftreten sehen, nur in einem Falle begann die Störung nach dem 28. Tage. Tuke fand, dass unter 73 Fällen

nur 2mal die Erscheinungen sich nach Ablauf eines Monates zeigten und nach MacD. trat die Krankheit unter 66 Fällen 29mal in der 1. Woche auf, 15mal in den folgenden 3 Wochen, also 44mal im 1. Monate.

Was die Form der Psychose betrifft, so sehen wir sie als Manie oder Melancholie beginnen, Blödsinn ist kaum jemals primär. Die maniakalische Form überwiegt an Häufigkeit erheblich, macht etwa 90% aus. Von diesen Kranken wird etwa die Hälfte im eigenen Hause gesund, wogegen die melancholische Form fast stets der Anstaltsbehandlung benöthigt. Die maniakalische Form der puerperalen Psychose stellt diejenige Form der Geisteskrankheiten überhaupt dar, welche in der akutesten Weise in die Erscheinung zu treten pflegt, und hat meist nur eine Dauer von 3—6 Wochen.

In Bezug auf die Häufigkeit zeigt die Statistik der Gebärhäuser Englands und des Kontinents, dass sie schwankt zwischen puerperaler Psychose auf 487 Entbindungen bis zu 1 : 182; nach anderen Statistiken Europas ist das Verhältnis etwa 7,5%, doch sind bei dieser letzteren Zahl nur die in Irrenhäusern behandelten Fälle mitgezählt. Fordyce Barker fand, dass im Bellevue-Hospital in New York 1 Psychose auf 80 Entbindungen kam. Was die Ursachen angeht, so ist als Prädisposition neurotische Beanlagung, auch durch Heredität, anzusehen, während jede Art der psychischen Erregung während der Schwangerschaft, langdauernde und schwierige Entbindung, starker Blutverlust während derselben u. dgl. die unmittelbare Veranlassung für den Ausbruch der Krankheit abgeben kann. Ob Albuminurie als ätiologischer Faktor anzusehen ist, ist strittig, jedenfalls wird sie sehr häufig bei der Puerperalpsychose gefunden; Verf. steht auch auf dem Standpunkte, dass mindestens sehr häufig ein septischer Zustand die Psychose veranlasse. Doch ist nicht in Abrede zu stellen, dass noch eine ganze Reihe von Fällen übrig bleibt, in denen sich gar keine bestimmte Ursache nachweisen lässt.

Wohl bei keiner anderen Krankheit ist die frühzeitige Erkennung des Zustandes von eben so hoher Bedeutung, wie hier. Als Prodromalerscheinung pflegt sich eine auffallende Veränderung der seelischen Stimmung zu zeigen, entweder in Form einer Exaltation oder Depression. Schlaflosigkeit fehlt kaum je und sollte stets die Aufmerksamkeit der Umgebung und des Arztes wachrufen, zumal wenn Verstopfung und Versiegen des Wochenflusses damit verbunden sind. Der Gesichtsausdruck pflegt dabei gleichfalls auffallende Veränderung zu erfahren, zumal bei der depressiven Form drückt er seelisches Leid aus. Nachdem sich diese Vorläufer immer mehr verstärkt haben, bricht dann mehr oder weniger plötzlich und heftig die eigentliche Psychose aus.

Was die Prognose betrifft, so hat sich die ehemalige Anschauung, dass sie stets günstig sei, längst geändert; man weiß jetzt, dass auch tödlicher Ausgang nicht ganz selten ist. Unter den 29 Fällen, die Verf. selbst beobachtet hat, lag 22mal die maniakalische, 7mal die

melancholische Form vor. Von den 22 Fällen der ersteren Form genasen 18, starben 3 Frauen, während 1mal chronischer Blödsinn eintrat. Unter den 7 Fällen der melancholischen Form endeten nur 3 in baldiger Genesung, während 4 sich länger hinzogen und vom Verf. aus den Augen verloren wurden. Besonders die Fälle pflegen einen tödlichen Verlauf zu nehmen, in denen ein schweres Delirium auftritt, hier tritt bald Erschöpfung ein und liegen wohl meist unerkannt bleibende Veränderungen zu Grunde. Das Verhalten des Pulses ist hier von hoher Wichtigkeit, sehr starke Pulsbeschleunigung ist von übelster Bedeutung, wogegen mäßige Beschleunigung auf 100—106 Schläge günstige Vorhersage gestattet.

Die Behandlung hat zunächst die Aufgabe, die prodromale Schlaflosigkeit zu bekämpfen, und zwar mittels Chloral, Sulfonal oder Trional in größeren Gaben, wobei man sich der Opiumpräparate und ähnlicher Mittel zur Unterstützung bedienen kann, worunter Verf. namentlich auch Cannabis indica hervorhebt. Die letzteren Sedativa leisten insbesondere in der melancholischen Form sehr Gutes, wozu man das Bromkalium mit großem Erfolge hinzufügt. Wo Autoinfektion angenommen werden muss, wird Naphthalin empfohlen, wo Subinvolution des Uterus vorliegt, ist Ergotin angezeigt. Jede schwächende Medikation ist zu vermeiden, und die Ernährung muss stets kräftig sein. Sollte Speiseaufnahme verweigert werden, muss ohne Verzug zur künstlichen Fütterung übergegangen werden. Hierbei genügt oft einmalige Anwendung der Sonde, deren Unbequemlichkeit bewirkt, dass die Kranken dann bei Drohung ihrer erneuten Anwendung von selbst essen. Leicht verdauliche Speisen, Milch mit Rahm und Eiern verdienen den Vorzug. Der Stuhl muss durch leichte Abführmittel, wenn nöthig, geregelt werden, niemals aber dürfen starke Purgantien verabfolgt werden; auch die Harnentleerung behalte man unter Aufsicht.

Falls der Verkehr mit den Verwandten Aufregung verursacht, halte man sie fern, das Kind ist oft in Gefahr und muss jedenfalls der Kranken abgenommen werden. Im Umgange mit Geisteskranken geschulte Wärterinnen sollten stets verwendet werden, und nur wo größte Ruhe der Umgebung erreicht werden kann, ist ein Versuch mit häuslicher Behandlung am Platze, sonst baldige Anstaltsbehandlung.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 24. November 1899.

Vorsitzender: Herr **Paul Ruge**; Schriftführer: Herr **Flaischlen**.

I. Demonstrationen.

1) Herr **Olshausen** stellt eine Wöchnerin vor, bei welcher vor 20 Tagen wegen schwerer Eklampsie die Sectio caesarea classica ausgeführt worden war. Die 22jährige Primipara hatte in 6 Stunden 14 schwere Anfälle gehabt, ohne dass

irgend welche Geburtsthätigkeit sich bemerkbar machte. Nachdem die Entbindung durch die Sectio caesarea ausgeführt worden war, zeigten sich keine Anfälle mehr und die Wöchnerin genas schnell von ihrer Eklampsie.

In Fällen von Eklampsie, in denen bei rascher Aufeinanderfolge einer Anzahl von Anfällen die Geburt nicht in Gang kommt und wo der Fall auch sonst ein schwerer zu sein scheint, hält O. die Indikation zum Kaiserschnitte nicht für unberechtigt. Seit dem Jahre 1895 hat er jedoch unter 250, seitdem in seiner Klinik beobachteten Fällen von Eklampsie nur 3mal die Indikation für gegeben erachtet. In allen 3 Fällen kam nach der Entbindung kein Anfall von Krämpfen mehr vor, doch ging die erste Kranke 6 Stunden nach der Entbindung im eklamptischen Koma zu Grunde. Die beiden anderen genasen.

Bei erhaltener Cervix und nicht eröffnetem Muttermunde zieht O. die Sectio caesarea classica dem vaginalen Kaiserschnitte vor; nach Entfaltung der Cervix und einiger Erweiterung des Muttermundes würde die Entbindung per vaginam zu bevorzugen sein.

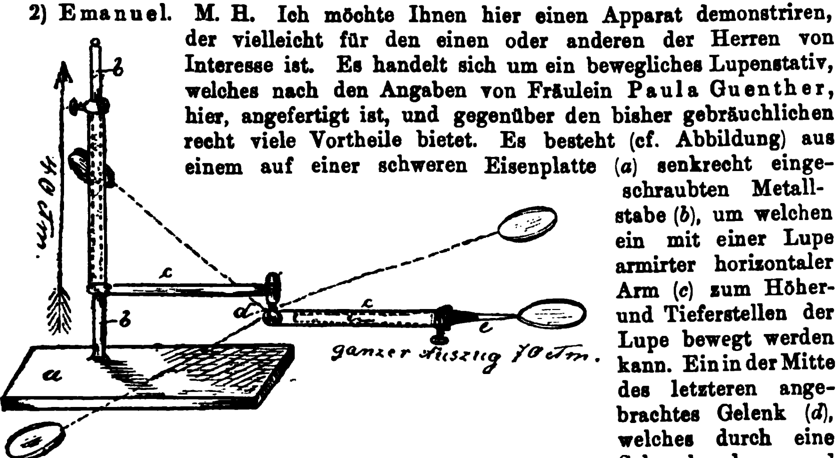
Herr Odebrecht fragt, ob in den günstig verlaufenen Fällen vielleicht eine stärkere Blutung erfolgte. Zweifel hat jüngst wieder auf den Aderlass bei Eklampsie hingewiesen.

Herr Steffeck fragt, ob neben der Sectio caesarea noch andere Mittel gegen die Eklampsie angewendet wurden, vielleicht Kochsalzinfusionen.

Herr Czempin theilt 2 Fälle aus seiner Praxis mit, in denen Schwangere mit schweren eklamptischen Anfällen und im tiefen Koma zur Beobachtung kamen, in denen aber völlige Anurie bestand. In dem einen Falle machte C. nach 36-stündiger Beobachtung und dem völligen Versagen jeder anderen Therapie den Kaiserschnitt. Zwar trat eine vorübergehende Besserung des komatösen Zustandes ein, jedoch ging die Kranke ca. 26 Stunden unter Beibleiben der Anurie zu Grunde. Das Kind war bereits vor der Operation in utero abgestorben.

In dem 2. Falle handelte es sich um eine Ipara im 6. Monate der Schwangerschaft. Auch hier bestand tiefes Koma, schwere eklamptische Anfälle, vollständige Anurie und außerdem vollkommene Amaurose. Es trat eine vorübergehende Besserung unter allgemeiner Therapie ein, die Amaurose und Anurie wich, der untersuchte Urin enthielt nicht weniger als 12% Eiweiß! Sehr schnell wiederholten sich die genannten Symptome, und trotz der schnell und erfolgreich vorgenommenen künstlichen Frühgeburt ging die Kranke schnell zu Grunde. Solche Fälle geben die Lehre, von der schnellen Entleerung des Uterus, sei es per vias naturales, sei es per sectionem caesareum, sich nicht zu viel zu versprechen, wenn ein derartiger Ausfall der Nierenthätigkeit bereits vorhanden ist.

2) Emanuel. M. H. Ich möchte Ihnen hier einen Apparat demonstriren, der vielleicht für den einen oder anderen der Herren von Interesse ist. Es handelt sich um ein bewegliches Lupenstativ, welches nach den Angaben von Fräulein Paula Guenther, hier, angefertigt ist, und gegenüber den bisher gebräuchlichen recht viele Vortheile bietet. Es besteht (cf. Abbildung) aus einem auf einer schweren Eisenplatte (*a*) senkrecht eingeschraubten Metallstabe (*b*), um welchen ein mit einer Lupe armirter horizontaler Arm (*c*) zum Höher- und Tieferstellen der Lupe bewegt werden kann. Ein in der Mitte des letzteren angebrachtes Gelenk (*d*), welches durch eine Schraube loser und



fester angezogen werden kann, gestattet den horizontalen Arm knieförmig nach beiden Seiten hin abzubiegen; in seinem vorderen Theile ist ein mit der Lupe versehener Metallstab (*e*) eingelassen, dessen Beweglichkeit eine Verlängerung oder Verkürzung des Armes wie auch eine Drehung der Lupe um ihre horizontale Achse möglich macht. Das Stativ scheint mir besonders für die Betrachtung makroskopischer Präparate zu Demonstrationszwecken recht brauchbar zu sein, so wie auch für diejenigen Herren, welche selbst zu zeichnen gewohnt sind, viele Vortheile zu bieten. Der ganze Apparat kostet ℳ 21, und wird von Herrn Reimann, Berlin O., Schmidtstr. 32, hergestellt, der wie Frl. Guenther, Bülowstr. 20, jede gewünschte Auskunft giebt.

3) Herr Langner: Demonstration eines Occlusivpessars, das vor einigen Tagen aus der Blase einer Pat. durch die Urethra nach Dilatation mittels Simon'scher Dilatatore entfernt worden ist. Das Pessar hatte 7 Tage in der Blase gelegen und sehr heftige Beschwerden verursacht.

4) Herr Orthmann demonstrirt:

a. Ein Myosarcoma uteri von einer 45jährigen IIpara, welches der hinteren Uteruswand aufsaß und zunächst durch die vordere Kolpotomie excidirt wurde, da der Tumor zunächst makroskopisch den Eindruck eines erweichten lymphektatischen Myoms machte; die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch, dass es sich um ein sarkomatös degenerirtes Myom handelte. In Folge dessen wurde ca. 2 Monate später die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen und gleichzeitig eine im unteren Wundwinkel der Kolpotomiewunde entstandene ca. 1 cm lange Blasen-Scheidenfistel geschlossen; Rekonvalescenz durch Cystitis und linksseitige Pyelitis verzögert, sonst glatte Heilung. Augenblicklich, 5 Monate nach der Totalexstirpation, vollkommenes Wohlbefinden. — Die Narbe in der hinteren Uteruswand ist ganz glatt verheilt; neben derselben befindet sich jedoch innerhalb peritonitischer Adhäsionen, aber außerhalb der eigentlichen Uterusmuskulatur, ein stecknadelkopfgroßes Recidiv des Sarkoms, das genau den Bau des primären Tumors zeigt. — Weitere Symptome eines Recidivs sind bis jetzt bei der Pat. nicht nachzuweisen gewesen.

Herr Paul Ruge glaubt, dass der Ausdruck »Recidiv« nicht ganz richtig gewählt sei, sondern dass das betreffende Knötchen bei der Operation zurückgeblieben sei.

Herr Orthmann hebt hervor, dass zur Zeit der ersten Operation die hintere Fläche des Uterus in der Umgebung des Tumors vollkommen glatt gewesen ist und es sich also nur um ein Impfrecidiv handeln kann.

b. einen durch abdominale Totalexstirpation gewonnenen Uterus mit faustgroßem Myom der hinteren Wand und mit gleichzeitiger großer doppelseitiger Saktosalpinx serosa und linksseitiger einfacher Ovarialcyste von einer 45jährigen IIpara; glatte Heilung. — Beide Tuben sind von keulenförmiger Gestalt und fassen 5—6 cm im Durchmesser; die rechte hat eine Länge von 21 cm, die linke eine solche von 18 cm; der Uterus und die linken Adnexe sind mit zahlreichen peritonitischen Adhäsionen bedeckt.

c. Zwei Fälle von Tubenschwangerschaft. Der 1. Fall betrifft eine 33jährige Vpara; letzte Menses am 26. Juli 1899; seit 2 Monaten Blutungen und Schmerzen; geringe Fieberschwankungen. — 21. Oktober: Köliotomie: Exstirpation einer großen Hämatocele retro-uterina mit beiden Adnexen; Inhalt der Hämatocele missfarbig und übelriechend. Die offenen Fimbrienenden beider Theile mündeten in den Hämatocelensack; in der rechten Tube saß noch ein Blutkoagel, in welchem sich mikroskopisch Chorionzotten nachweisen ließen. — Glatte Heilung.

Im 2. Falle handelt es sich um eine 25jährige Ipara; letzte Menses am 22. Juli 1899; seit Anfang September Blutungen und Schmerzen in der linken Seite.

18. November Köliotomie: Exstirpation einer faustgroßen linksseitigen Tubengravidität; Resektion der rechten Tube und des rechten Ovariums wegen Saktosalpinx serosa und einfacher Ovarialcyste.

— In der Bauchhöhle befanden sich nur 2—3 Esslöffel einer blutigen Flüssigkeit; keine Hämatocele. Douglas ganz glatt. — Die linke Tube hat einen Durchmesser von 6—7 cm; sie ist von einem großen Blutkoagel ausgefüllt, in dessen Mitte die 2—3 cm im Durchmesser fassende Eihöhle liegt nebst einem ca. 1,5 cm langen Fötus. — Glatte Heilung.

Herr Bröse ist der Ansicht, dass in dem Falle von verjauchter Hämatocele, welchen Herr Orthmann durch die abdominale Köliotomie operirt hat, die Laparotomie eine sehr riskante Operation war und die Incision im hinteren Scheidengewölbe in solchen Fällen entschieden vorzuziehen ist.

Herr Orthmann betont Herrn Bröse gegenüber, dass es sich in dem betreffenden Falle nur um leichte und vorübergehende Fieberschwankungen gehandelt hat.

Herr Czempin demonstrirt die mikroskopischen Präparate des Falles, welchen er in der letzten Sitzung vorgestellt hatte. Es handelte sich um einen Uterus einer 33jährigen Person, bei welcher er 2 Monate vorher die Vaporisation vorgenommen hatte. Der Uterus enthielt ein kleines Myom, ferner bestand eine rechtsseitige Tubo-Ovarialcyste. C. hatte es getadelt, dass einerseits durch die nicht vorsichtig ausgeführte Vaporisation eine Verödung des Cervicalkanales bis weit in die Uterushöhle hinein eingetreten war, während andererseits in der Uterushöhle eine kleine Höhle zurückgeblieben war, welche anscheinend von der Dampfverbrennung nicht betroffen worden war. C. hatte als Grund dafür das an dieser Stelle in die Uterushöhle vorspringende Myom angesehen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich nun ein überraschendes Resultat. Der Dampf hatte thatsächlich diese Stelle getroffen, die Schleimhaut auch geätzt, aber die Schleimhaut war nicht wie die übrige Schleimhaut narbig verödet, sondern hatte sich in einer eigenartigen Weise wieder gebildet. Die neugebildete Schleimhaut war ganz niedrig, bestand nur aus einer geringen kleinzellig infiltrirten Bindegewebsschicht ohne jede Spur von Drüsen, wenigen erweiterten kapillären Gefässen und einer vollkommen gut erhaltenen Epithelschicht. Es ist dieser Befund von enormer Bedeutung für die Frage der Vaporisation und C. sieht hierin die Erklärung für einige seiner Fälle, welche er in seinem Vortrage näher beschreiben wird, in denen trotz vollkommener Verödung des Uterus und dauerndem Aufhören der Menstruation die Sondirung des Uterus dauernd möglich war.

II. Herr Czempin: Über unstillbare Uterusblutungen.

Die menstruelle Blutung hat in den Lebenserscheinungen der Schleimhäute anderer Organe kein Analogon. Es findet aus der Schleimhaut ein Blutaustritt statt als Symptom der normalen Funktion eines Organs, der Ovulation. Für die Beurtheilung dieses Vorganges müssen wir festhalten, dass zwar die Quelle der Blutung die Uterusschleimhaut ist, dass aber die Ursache der Blutung außerhalb des Uterus, im Ovarium sich befindet.

Schon früher hat C. (1886, Naturforscherversammlung zu Berlin) darauf hingewiesen, dass auch pathologische Zustände in den Ovarien und den Adnexen des Uterus solche Blutungen hervorrufen können, welche als sekundäre oder consecutive Uterusblutungen zu bezeichnen sind.

Aber nicht nur die pathologischen Zustände der Adnexa können sekundäre Uterusblutungen veranlassen, auch Störungen in der normalen Funktion der Ovarien können Blutungen herbeiführen, welche wir als sekundäre oder im engeren Sinne als oophorogene bezeichnen müssen.

Derartige Blutungen finden wir bei der beginnenden Involution der Genitalien, klimakterischen Blutungen, und in der Zeit der beginnenden Entwicklung der Geschlechtsorgane in der Pubertät, virginellen Uterusblutungen. Sie zeichnen sich vor allen anderen Blutungen dieser Perioden, welche etwa durch Neubildungen oder chronische Erkrankungen des Endometriums hervorgerufen sind, dadurch aus, dass sie bei exakter Untersuchung der zum Zwecke der Diagnose resp. der Heilung ausgeschabten Uterusschleimheit eine pathologische Veränderung der Schleimhaut

vermissen lassen, eben so bei der Austastung der Uterushöhle eine palpable Veranlassung der Blutung etc. nicht ergeben, ferner durch die üblichen therapeutischen Maßnahmen nur ungenügend und unsicher, oft sogar gar nicht beeinflusst werden, in diesem Sinne sich demgemäß als durch unsere übliche Therapie unstillbare Blutungen sich ergeben, dennoch aber nicht selten unbeeinflusst durch unsere Behandlung, zuweilen allerdings erst nach Monaten, ja nach Jahren spontan aufhören und dem Klimakterium, resp. der normalen Menstruation bei jugendlichen Individuen Platz machen.

Bei dem Fehlen jeder pathologisch-anatomischen Ursache in der Uterusschleimhaut, dem Uterus selbst und den Adnexen nimmt C. als Ursache dieser sekundären Uterusblutungen eine physiologische Störung der Ovarien, eine gestörte Ovulation an. Welcher Art dieselbe ist, lässt sich schwer bestimmen. Dass in den Jahren der Entwicklung der inneren Genitalien eine Störung der Ovulation durch unregelmäßige, bald beschleunigte, bald verlangsamte Reifung von Follikeln eintreten kann, wird Niemand abstreiten wollen, eben so, dass psychische Einflüsse, erotische Verirrungen, Masturbation, Abusus coitus derartige Funktionsanomalien, voreilige, meist unvollständige Follikelreifung herbeiführen können. — Bei den klimakterischen Blutungen sieht Brennecke die Ursache der zeitweiligen starken Blutungen in einer verlangsammten und nicht genügend starken Follikelreifung, durch welche mehrere Male hinter einander uterine Kongestion, aber keine auslösende Menstruation erzeugt wird, bis schließlich die endliche Reife eines Follikels eine starke Entleerung des kongestionirten Organes, des Uterus, mit sich bringt. Dies erklärt allerdings die postponirten, nicht aber die anteponirten, atypischen klimakterischen Blutungen. Somit bleibt das Wesen der hypothetischen Ovulationsstörung doch noch im Dunkeln, wie ja der Einfluss der Ovulation auf die Menstruation, die menstruelle Blutung überhaupt.

Und thatsächlich giebt es weiterhin unstillbare Uterusblutungen, welche durch das Alter der Pat. überhaupt, die Intensität der Blutungen und das Fehlen jeder pathologisch-anatomischen Ursache selbst durch diese Hypothese einer gestörten physiologischen Funktion der Ovarien sich kaum erklären lassen, unstillbare Blutungen par excellence. Solche Pat. kennt jeder Gynäkologe. C. beschreibt einige solcher Fälle, von denen er einen bereits 11 Jahre lang beobachtet hat, und bei welchem die Blutungen weder durch Abrasio — 3mal ausgeführt —, noch Abrasio mit Austastung der Uterushöhle, noch durch Unterbindung der Aa. uterinae gestillt wurde. Pat. hat während dieser Zeit 3mal geboren.

Derartige Fälle sind in der Litteratur bekannt und haben manchen Operateuren Veranlassung zur Exstirpation des Uterus gegeben. C. hat in seinen Fällen nach verschiedenen Ursachen gefahndet, aber weder Syphilis noch Hämophilie, noch Atheromatose der Uterusgefäße konstatiren können, so dass die Ursache derartiger Blutungen zwar in Anomalien des Gefäßsystems liegen muss, die nähere Veranlassung der Anomalie aber dunkel bleibt.

Für diejenigen Blutungen, welche durch pathologisch-anatomisch wohl charakterisirte Erkrankungen der Adnexe zu Stande kommen, hat C. in seiner früher genannten Arbeit hingewiesen. Besonders sind von diesen die nach doppelseitiger Ovariosalpingotomie auftretenden Blutungen in Folge von Stumpfexsudaten zu nennen, welche nicht selten das Resultat der Operation hinfällig machen. Sie sind nicht selten und in der Art ihres Auftretens hat C. zuweilen unstillbare, durch keine Medikation, selbst nicht durch Ausschabung des Uterus zu beseitigende Blutungen gefunden. Zweifellos wirkt hier das Stumpfexsudat wie der reifende Follikel durch dauernden Reiz auf die Vasomotoren des Uterus, ohne dass dieser Reiz wie bei der normalen Ovulation durch Nachlass einen Wechsel in der Füllung der Gefäße gestattet.

Durch diesen dauernden Reiz kann es zu einer chronischen Endometritis hyperplastica kommen.

Neben dieser großen Gruppe der sekundären Uterusblutungen giebt es nun noch die unstillbaren Blutungen im Gefolge der chronischen Endometritis, auf welche alle Autoren, v. Winckel, Olshausen, Döderlein u. A., aufmerksam

gemacht haben mit der Betonung, dass in gewissen Fällen die Blutungen so intensiv auftreten, dass Verblutungen nicht zur Unmöglichkeit gehören.

Therapeutisch setzt C. alle die Maßnahmen zur Stillung derartiger Blutungen als bekannt voraus. Er bemerkt hinsichtlich der klimakterischen, besonders aber der virginalen Blutungen, dass er gute Erfolge von kühlen Sitzbädern gesehen hat.

Für die Behandlung derjenigen Fälle, welche jeder Beeinflussung sich entzogen, hat C. in letzter Zeit die Dampfverbrennung (Vaporisation) der Schleimhaut mit Erfolg versucht. Veranlassung hierzu gab der von C. beobachtete, von seinem Assistenten Baruch beschriebene Fall, bei welchem nach einer von anderer Seite bei einer jugendlichen Wöchnerin vorgenommenen Vaporisation eine völlige Verödung und Atresie des Uterus eingetreten war. C. versuchte danach die Vaporisation in gleicher Weise bei 2 Fällen von unstillbaren Blutungen bei Stumpfexsudaten nach doppelseitiger Ovariosalpingotomie in der ausgesprochenen Absicht, eine völlige Verödung des Uterus zu erzielen. Dies gelang so vorzüglich, dass C. bei weiteren 9 Fällen von klimakterischen Blutungen dasselbe Verfahren in der gleichen Absicht ausführte. Alle diese 9 Fälle betrafen ältere Frauen zwischen 40—50 Jahren. Alle waren durch Ausschabung des Uterus, einige nach vorangeschickter Austastung der Uterushöhle, einige wiederholt behandelt worden, ohne dass es gelungen war, die Blutungen zu stillen, oder eine sichere Ursache der Blutungen zu finden. In allen Fällen wurde die Vaporisation in Narkose nach sorgfältiger Ausschabung der Schleimhaut zum Zwecke einer nachträglichen mikroskopischen Diagnose, mehrere Male nach erneuter Austastung der Uterushöhle ausgeführt, der Dampf 2 volle Minuten mittels eines Fritsch-Bozeman'schen Katheters in das Cavum hineingeschickt, die Cervix mittels eines auf das Instrument aufgeschobenen Gummiröhrchens geschützt. Der Erfolg war stets ein guter, indem zunächst die Operation überall ohne üble Folgen verlief, in 7 Fällen die Blutungen dauernd cessirten, in 2 Fällen in normaler und geringer Weise wiederkehrten. In den 7 Fällen war der Uterus klein und atrophisch geworden, dennoch in 4 gut zu sondiren, in 2 Fällen vollständig stenosirt.

C. hat noch in einigen Fällen bei jüngeren Individuen die Vaporisation als blutstillende Operation ohne den Zweck der Verödung angewandt, jedoch seine Erfahrungen hierüber noch nicht abgeschlossen.

(Der Vortrag erscheint in extenso in der Deutschen Ärzte-Zeitung.)

Die Diskussion wird vertagt.

Geburtshilfliches.

7) **Haake.** Über den Vorfall der Nachgeburt bei regelmäßigem Sitz derselben und ausgetragenem Kinde.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 3.)

Bei engem Becken, drohender Uterusruptur und über dem Beckeneingange in Hinterscheitelbeineinstellung stehendem Kopfe wurde, nachdem die Fruchtblase in der Schamspalte erschienen war, die Nachgeburt mit der fötalen Fläche voran unter reichlichem Fruchtwasserabflusse geboren, zugleich mit dem vollständigen Eihautsacke. Unmittelbar schloss sich eine so starke Blutung an, dass Verf. genöthigt war, wegen der doppelten Gefahr der Ruptur und der Verblutung die Perforation des lebenden Kindes auszuführen. Wochenbett normal. Nur bildete sich die Gebärmutter schlecht zurück wie in dem vorhergegangenen Wochenbette. Beide Male konnten Gonokokken in den Lochien festgestellt werden. Die gonorrhoische Endometritis und Myometritis hält Verf. auch für die Ursache der schlechten Haftung zwischen Placenta und Endometrium einerseits und der starken Blutung andererseits. Jedenfalls kann diese Erkrankung beim Zustandekommen des seltenen Ereignisses mitgewirkt haben. Außerdem kommen ätiologisch in Betracht die tetanische Kontraktion der Muskulatur, welche die Loslösung der Placenta begünstigte, und die Erhaltung der derben Eiblase bei vollständig eröffnetem Mutter-

munde. Bezüglich der Prognose für das mütterliche Leben muss auf die Gefahr der starken Blutung hingewiesen werden, die in den beiden von Münchmeyer ebenfalls aus der Dresdener Klinik veröffentlichten Fällen nicht eingetreten war.

Courant (Breslau).

8) G. Abel (Leipzig). Vergleich der Dauererfolge nach Symphyseotomie und Sectio caesarea.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 2.)

Der durch die Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit seiner statistischen Arbeiten bekannte Verf. berichtet über das spätere Befinden der von 1887—1894 in der Leipziger Klinik mittels Kaiserschnitt und Schamfugenschnitt entbundenen Frauen. Die Symphyseotomie wurde 25mal ausgeführt, 1mal wiederholt, die Sectio caesarea 34mal, an 14 Frauen zum 2. Male, an 4 Frauen zum 3. Male. Bei ersterer Operation wurde das Gehvermögen durchschnittlich in der 13. Woche wieder erlangt. Die Restitutio ad integrum nahm um so längere Zeit in Anspruch, je größer das Missverhältnis zwischen Beckenenge und Kindsgröße war Die Art der Symphysennaht hat weder auf das Dauerresultat noch auf die Festigkeit der Vereinigung Einfluss gehabt. In allen Fällen war eine deutliche Verschieblichkeit der Symphyse zurückgeblieben, die aber Geh- und Arbeitsfähigkeit nicht verringerte. Von großer Wichtigkeit ist dagegen die Wundheilung. Am ehesten haben diejenigen die Gehfähigkeit wieder erlangt, deren Wunde offen behandelt wurde. Jedenfalls kommt es nach A.'s Nachforschungen auf den Heilungsverlauf der Weichtheilwunde für den Dauererfolg mehr an als auf die Heilung der Symphyse. Die Beschwerden der Operirten ließen sich immer auf Narbenzerrung zurückführen, die um so größer war, je ausgedehnter die Wundhöhle vereiterte. So ungünstig die Augenblickserfolge erschienen, so gut waren die Endresultate.

Bei den 21 Kaiserschnittfällen mit glatter Rekonvalescenz wurde leichte Arbeit schon nach 6 Wochen aufgenommen. Da Katgutnähte sicht leicht früh lösen können, indem der Knoten aufgeht, näht Zweifel jetzt mit schwarzer geflochtener Seide die Uteruswunde. Jedoch wendet er nur so viel Knopfnähte an, als genügen, um ein Auseinanderweichen sicher zu verhüten, im Übrigen Katgutnähte. Zu dieser Modifikation kam Zweifel durch die Beobachtung, dass noch relativ spät durch die Bauchdecken (9 Beobachtungen) hauptsächlich Fadenschlingen unter Fistelbildung und Beschwerden ausgestoßen werden. Ferner entstehen größere Beschwerden durch die so häufigen Verwachsungen zwischen Uterus- und Bauchwand. Bei 5 Frauen, die während der Menses lästige Zerrungsschmerzen hatten, fand A. den Uterus an die Bauchwand derb angewachsen.

Was den Verlauf späterer Geburten nach Symphyseotomie betrifft, so sprechen A.'s Nachforschungen dafür, dass durch die Operation eine spätere Entbindung erleichtert wird, denn von den 14 Frauen, die wieder koncipirt haben, ist nur bei einer die Symphyseotomie wiederholt worden. 16 Kinder wurden lebend geboren und von diesen 14 spontan nach auffallend kurzer Wehendauer. In der Schwangerschaft nach Kaiserschnitt werden durch die Verwachsungen oft Beschwerden verursacht. Ja dieselben können eben so verhängnisvoll werden wie nach der Vaginofixation die Scheidenverwachsungen. In 1 Falle war in Folge Überdehnung der Uterushinterwand im 6. Monate an dieser Stelle Ruptur erfolgt. Nach der Sectio caesarea wurden im Gegensatze zur Symphyseotomie nur 2 Kinder spontan geboren. Die Wiederholung der Operation selbst erhöht weder ihre Gefahr, noch lässt sie eine vermehrte Schädigung der Erwerbsfähigkeit befürchten.

Vergleicht man die Dauererfolge nach beiden Operationen, so lässt sich erfreulicherweise konstatiren, dass das Endresultat gleich gut ist. Die Symphyseotomirte ist allerdings zuerst schlechter daran, doch bleiben auch nach der Sectio caesarea Nachtheile zurück, die allerdings erst später offenbar werden (Herauseitern des Nähmateriales, Verwachsungen, Bauchbrüche), die jedoch nicht gering zu veranschlagen sind. Bei den Symphyseotomirten wird meist noch die folgende Entbindung erheblich erleichtert.

Die zum Schluss noch erörterte Frage, ob man berechtigt sei, bei Kaiserschnitt wegen absolut engen Beckens die Frauen unfruchtbar zu machen, wird in nega-

tivem Sinne beantwortet. Zweifel hat nur in 3 Fällen und nur bei wiederholtem Kaiserschnitte Maßnahmen zur Verhütung erneuter Schwangerschaft getroffen.

Courant (Breslau).

9) **H. Jordan** (Krakau). Vaginaler Kaiserschnitt mit sofort angeschlossener Totalexstirpation wegen Portiocarcinom im 10. Schwangerschaftsmonate.

(Przegląd lekarski 1899. No. 14.)

Eine 38jährige IXpara giebt an, vor $1^1/_2$ Jahre zum letzten Male entbunden zu haben. In der gegenwärtigen Schwangerschaft waren stärkere Blutungen aufgetreten, die sie zum Arzt brachten. Kind lebend in II. Schädellage, Schwangerschaft in der 2. Hälfte des 9. Lunarmonates. Die Vagina zeigt sich ausgefüllt durch ein orangengroßes Blumenkohlcarcinom der vorderen Muttermundslippe. Scheidengewölbe fast frei, eine haselnussgroße Drüse ist durchzufühlen. Operation 14 Tage später: 4 Stunden nach Ausschabung der carcinomatösen Massen durch einen Assistenten wird in Chloroformnarkose zum vaginalen Kaiserschnitte geschritten. Nach Herabziehen der Portio wird das vordere Scheidengewölbe in ganzer Breite eröffnet und die Blase leicht abgeschoben. Dann Eröffnung des Douglas mit Umnähung des blutenden Scheidenwundrandes und Fixiren des Peritoneums mit 2 Pincen. Darauf Spaltung der vorderen und hinteren Gebärmutterwand median bis über das Os internum, Platzen des Eisackes und Eingehen mit der Hand, um das Kind auf die Füße zu wenden. Das stark asphyktische Kind wird darauf leicht extrahirt und auf leichtes Reiben wird die Placenta ausgestoßen. Blutung war nur bemerkenswerth, als Behufs der Wendung mit dem Zuge nach unten nachgelassen werden musste. Nun wird die vordere Wand bis zum Fundus gespalten und die Gebärmutter leicht vor die Vulva luxirt. Nach Abbindung beider Lig. lata, Exstirpation der Drüse und des indurirten Theiles des Fornix werden beide Peritonealblätter durch Naht vereinigt. Dauer der ganzen Operation 60 Minuten. Verlauf fieberlos.

J. rühmt dem vaginalen Kaiserschnitte nach Dührssen leichte Ausführbarkeit, geringe Blutung und relative Ungefährlichkeit nach. **Flatau** (Nürnberg).

10) **Acconci** (Genua). Der vaginale Kaiserschnitt.

11) **Dührssen** (Berlin). Der vaginale Kaiserschnitt.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 3.)

A. giebt eine Schilderung, wie sich die verschiedenen Methoden, die Komplikation von Schwangerschaft mit Cervixkrebs zu behandeln, entwickelt haben, und dann eine Darstellung der Methode, nach welcher er am 4. Juli 1895 eine Frau am Ende des 7. Schwangerschaftsmonates behandelte. Er legte die Cervix frei und spaltete nach Abbindung der Parametrien und Loslösung des Peritoneum, dieselbe mit je einem hinteren und vorderen sagittalen Schnitte bis zum Os internum. Da dieses den Durchtritt des Fötus noch nicht gestattete, wurde es stumpf mit dem Dilatator von Mauri erweitert; dann der Uterus entleert und nach Doyen exstirpirt. Die Frau starb am 5. Tage im Collaps. Über das Schicksal des lebend geborenen Fötus wird nichts gesagt.

D. betont dem gegenüber, dass er unabhängig seine Methode und zwar bereits 6 Monate früher erdacht und 3 Monate früher publicirt habe. Zudem habe er die vollständige blutige Erweiterung im Principe durchgeführt und die Operation zur typischen für die Allgemeinheit der Operateure erhoben. Er hält daher gegenüber den in ersterem Aufsatze von Acconci geltend gemachten Ansprüchen die Priorität für sich fest. **Roesing** (Hamburg).

12) **H. Olszewski** (Lódz). Zwei Fälle von konservativem Kaiserschnitte, komplicirt durch Geschwülste des kleinen Beckens.

(Medycyna 1898. No. 35 u. 36.)

I. O. wird zu einer Kreißenden gerufen, bei der trotz starker Wehen kein Fortschritt der Geburt zu bemerken ist. Die äußere Untersuchung zeigt, dass der

Kindskopf noch beweglich über dem Beckeneingange steht. Bei der inneren Untersuchung ergiebt sich zunächst Schwierigkeit, die hochgezerrte Portio zu finden; per rectum findet sich ein unbeweglicher Tumor, der das kleine Becken ausfüllt, dumpfe Fluktuation zeigt und die Scheide nach vorn vorwölbt. Beckenmaße nicht angegeben. Der Rath, eine operative Beendigung der Geburt vornehmen zu lassen, wird erst angenommen, als im Verlaufe einiger Stunden sich frequenter Puls, erhöhte Temperatur (38,6), Verfallensein und Meteorismus einstellen. Laparotomie in Chloroformnarkose durch Dr. Stankiewicz. Nach Durchtrennung des Peritoneums entleeren sich Gase und zeigt sich Eiter. Rasch wird der Uterus vorgewälzt, eröffnet, wobei die Placenta getroffen wird, das Kind entwickelt, das Cavum mit steriler Gaze ausgestopft und mit Etagennähten verschlossen. Nun erst konnte man sehen, dass ein rechtsseitiger vereiterter Ovarialtumor den ganzen Douglas ausfüllte und mit dem Rectum und dem Uterus fest verwachsen war. Frische Ruptur des Tumors. Nach Exstirpation des Tumors, Einlegen eines Mikulicztampons und theilweiser Schluss der Bauchdecken. Exitus letalis nach einigen Stunden.

II. Eine 27jährige Arbeiterin, die im 8. Monate zum 1. Male Gravida ist, sucht O. auf wegen Mastdarmblutungen. Die Untersuchung ergiebt: Carcinoma recti inoperabile! Die harten Krebsmassen füllen das Becken derart aus, dass eine Geburt per vias naturales ganz unmöglich ist. Sectio caesarea 4 Wochen später durch O., typisch mit elastischer Kompression und Längsschnitt des Uterus. Einschichtige Bauchnaht und afebrile Rekonvalescenz. Kind stirbt nach 3 Wochen.

Am Schlusse folgt dann eine Zusammenstellung von Kaiserschnittfällen aus ähnlicher Indikation. **Flatau** (Nürnberg).

13) **G. Stankiewicz** (Lódz). Ein Kaiserschnitt nach Fritsch.

(Gaz. lekarska 1899. No. 1.)

Eine 36jährige VIIpara hat das letzte Mal vor 2 Jahren glücklich entbunden. Die Untersuchung am Ende des 7. Schwangerschaftsmonates ergiebt, dass die linke Beckenhälfte von einem harten, unbeweglichen Tumor eingenommen ist, der offenbar mit dem Uterus zusammenhängt; später stellten sich Ödem und Schmerzen im linken Beine ein. Da ein Partus per vias naturales unmöglich schien, wurde der Kaiserschnitt beschlossen. Operation: Kind in II. Schädellage, Chloroformnarkose und Ergotineinspritzung; nach Eröffnung der Bauchhöhle leichtes Vorwälzen des Uterus. Der Verlauf der Eileiter lässt den Sitz der Placenta vorn vermuthen; Schnitt quer über den Fundus in der Länge von ca. 12 cm, der die Placenta und die Eihüllen zum Theil trifft. Rasche und leichte Entwicklung des lebenden Kindes. Die Operation verlief ohne Kompression der zuführenden Blutgefäße und fast ohne Blutverlust. Die Naht war leicht — Seide —, nur am rechten Uterushorne waren einige besondere Umstechungen nothwendig. Da der Tumor sich als inoperabel erwies, Schluss der Bauchhöhle. Die Operation hatte 18 Minuten gedauert. Eine leichte Fiebersteigerung p. op. verschwindet, als für besseren Abfluss der Lochien gesorgt wurde. Vom 4. Tage an jedoch wird die Kranke apathisch und stirbt 8 Tage nach dem Kaiserschnitte. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab, dass es sich um ein in dem Parametrium ausgebreitetes, von der Uteruswand ausgegangenes Carcinom gehandelt hatte. **Flatau** (Nürnberg).

14) **van der Hoeven** (Amsterdam). Die sog. fötale Theorie der Eklampsie.

(Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaecol. Jahrg. X. No. 2.)

Mit Hinweis auf seine Inaugural-Dissertation (Die Ätiologie der Eklampsie; Leiden 1896) bespricht Verf. noch einmal die Ätiologie der Eklampsie, für die er eine Toxämie der Mutter verantwortlich macht. Es werden mehr toxische Stoffwechselprodukte gebildet, diese stammen vom Fötus, daher auch oft so plötzlich die eklamptischen Anfälle nach dem Tode des Fötus aufhören. Die eklamptischen Anfälle treten am häufigsten auf in den Monaten, in denen die Produktion der

fötalen Organe am stärksten ist. Verf. hat unter 576 Fällen von Eklampsie (in der Litteratur) nur 5 auftreiben können, in denen die Anfälle vor, und 3 wo sie im 5. Monate auftraten. Wahrscheinlich werden die fötalen Stoffwechselprodukte sowohl in das Fruchtwasser, wie durch die Placenta hindurch in die mütterlichen Gefäße deponirt. Es findet in der Schwangerschaft also eine physiologische Erhöhung der Toxicität des Blutes statt, die nur dann pathologisch wird, sobald diese Toxine nicht genügend eliminirt werden. Eine Stütze erlangt diese Theorie dadurch, dass Eklampsie so häufig bei Zwillingsschwangerschaft vorkommt. Eklampsie nach der Geburt wäre so zu erklären, dass zwar die Bildung der Toxine aufgehört hat, die Veränderungen in den mütterlichen Organen (Folge der Toxämie) noch geblieben, die Elimination desshalb noch ungenügend.

Semmelink (Leiden).

15) **Fehling.** Die Pathogenese und Behandlung der Eklampsie im Lichte der heutigen Anschauung.

(Sammlung klin. Vorträge. N. F. No. 248. Leipsig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

F. bespricht ausführlich die neueren Untersuchungen über die Ätiologie der Eklampsie. Bezüglich der Hepatotoxämie der Franzosen ergeben die Sektionsbefunde, dass ein einheitlicher, dem Krankheitsbilde entsprechender Befund nicht vorhanden ist, dass ferner durchaus nicht in allen Fällen Leberveränderungen vorhanden sind. Dagegen ergeben die anatomischen Untersuchungen der Nieren, dass stets Veränderungen da sind. Ähnliche Veränderungen wie in den Nieren der Mütter fanden sich auch in denen der Föten.

Bemerkenswerth sind dann noch die Ergebnisse, dass der im konvulsiven Stadium entnommene Harn weniger giftig ist, als der normaler Gebärenden, dagegen das Serum dieses Zeitraumes viel giftiger sei, als das normale. Daraus gehe hervor, dass Gift im Organismus zurückgehalten werde. Die Franzosen folgern ferner aus ihren Versuchen, dass bei der Eklampsie die Leber ihre protektorische Kraft, die Toxine zu zerstören, verloren habe, wodurch es zur Anhäufung der gebildeten Toxine im Kreislaufe komme.

Zu wenig berücksichtigt worden sind nach Verf.'s Meinung die fötalen Toxine, welche sich im Kreislaufe mit dem mütterlichen Blute mischen, so die Toxicität des Blutes vermehren und damit größere Anforderungen an die Ausscheidungsorgane, Leber und Nieren, stellen. Es handelt sich wahrscheinlich bei der Eklampsie um eine Anhäufung von Faserstoff gebendem Materiale, von Globulinen im Blute, als Zeichen einer Stoffwechselstörung, aus welcher sich dann das Auftreten von Kreatin, Kreatinin, Leukomainen, Karbaminsäure im Blute der Eklamptischen erklären lässt.

Ist der Fötus die Quelle des Giftes, so versteht man die Häufigkeit der Eklampsie bei Zwillingen. Der therapeutische Abschnitt bietet nichts Neues: Als erstes wird frühzeitige Blasensprengung empfohlen, dann Entbindung durch Zange mit Zuhilfenahme mäßiger Incisionen. Zum Kaiserschnitte würde F. sich um so weniger entschließen, als er nach einem Kaiserschnitte den ersten Eklampsieanfall auftreten sah. Große Morphiumdosen verwirft er, Chloroform höchstens einige Züge im ersten Beginne des Anfalles, um ihn abzuschwächen. Am besten sind subkutane Kochsalzinfusionen, $^1/_4$—$^3/_4$ Liter, wenn möglich 3mal täglich, und Einpacken des Rumpfes in nasse, heiße Tücher. **Witthauer** (Halle a/S.).

16) **Flatau.** Die Lehre von der puerperalen Eklampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt.

(Graefe's Sammlung zwangloser Abhandlungen Bd. III. Hft. 3.)

Die Arbeit bringt nichts Neues, fasst aber die einschlägigen Punkte in so klarer und umfassender Weise zusammen, dass sie zur Orientirung besonders für den praktischen Arzt hervorragend geeignet erscheint.

Witthauer (Halle a/S.).

17) **R. J. T. Meurer** (Amsterdam). Über die Prophylaxis der Steißlagen bei der Geburt.

(Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaecol. Jahrg. X. No. 2.)

Verf. bedauert, dass in der Privatpraxis bis jetzt nur ausnahmsweise die Pat. regelmäßig längere Zeit vor der Geburt untersucht werden. Viele krankhafte Zustände kommen desshalb erst spät, wenn besondere Erscheinungen sich aufdrängen, zur Kenntnis des Arztes, andere erst bei der Geburt (Schwangerschaftsniere, Beckenverengerungen). So bei der Steißlage, deren Gefahren vom Verf. noch einmal erwähnt werden. Dies nach Anlass von 6 Fällen von Steißlagen, bei denen Kunsthilfe nöthig war. Verf. möchte desshalb vom 8. Monate an regelmäßig alle 14 Tage die Pat. untersucht haben; falls Steißlage vorliegt, die äußere Wendung eventuell in Narkose vornehmen. **Semmelink** (Leiden).

18) **O. v. Weiss** (Sarajewo). Deformation des Beckens, veranlasst durch eine cystische Geschwulst im unteren Abschnitte der Wirbelsäule.

(Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. IX. Hft. 3.)

Interessante kasuistische Mittheilung über den klinischen Verlauf, Fehldiagnose, Sektions- und mikroskopischen Befund eines cystischen Sarkoms des untersten Lenden- und obersten Kreuzwirbels. Dieselbe hat zunächst die Diagnose Osteomalakie bewirkt. Es wurde zunächst mit günstigem Erfolge kastrirt. Später zeigte sich ein Tumor, dessen Punktion unmittelbares Anliegen des Rectum ergab. Erst die Sektion klärte die Situation. **Roesing** (Hamburg).

19) **Zorn** (Memmingen). Ein Fall von Luftembolie bei Placenta praevia.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 18.)

Bei einer 36jährigen XIIpara wurde wegen Placenta praevia unter Durchbohrung derselben die Wendung gemacht und nach leichter Entwicklung und Extraktion des Kindes die Placenta mittels Credé entfernt. Wenig Blutverlust bei und nach dem Eingriffe. Wegen Schlaffheit des Uterus fortgesetztes methodisches Reiben. Wohlbefinden; Puls kräftig, regelmäßig. 3 Stunden p. part. Unruhe, ängstlicher Gesichtsausdruck, kalte, leichte Schweißsekretion, sehr frequenter, fadenförmiger Puls. Einflößung einer Art Stokes'scher Mixtur, nach 10 Minuten Nachlass des Anfalles. Die Athmung danach wird auffallend frequent und tief, und wird als schmerzhaft bezeichnet. Später wird dieselbe wieder oberflächlicher bei relativ gutem Allgemeinbefinden. $^1/_2$ Stunde später erneuter Anfall, welchem nach eingetretener Erholung ein dritter folgte, dem die Puerpera erlag.

Die Autopsie ergab: lufthaltiges Blut in den Gefäßräumen der Placentarstelle, linker Herzventrikel und Vorhof leer, rechte Herzkammer angefüllt mit Luftblasen, in den Lebergefäßen lufthaltiges Blut.

Z. ist der Ansicht, dass die Luft zunächst durch Eingehen mit dem Arm zur Placentarstelle gelangte und von hier zumeist passiv durch das Massiren des Uterus nach der Geburt allmählich in so großer Menge in das Venensystem gepresst wurde, dass dadurch Exitus eintrat. Dieser allmächtigen Luftanhäufung im Herzen dürften denn auch die erst so spät auftretenden Symptome und das zweimalige Wiederaufleben der Puerpera zuzuschreiben sein.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

20) **F. Kośmiński** (Krakau). Über Expressio foetus.

(Przegląd lekarski 1898. No. 45 u. 46.)

Der Verf., der sich der Expressio foetus in geeigneten Fällen gern und häufig bedient hat, sucht 2 Fragen zu beantworten, nämlich: 1) in welcher Weise überhaupt der auf die Bauchdecken ausgeübte Druck wirkt und 2) ob er den intraabdominellen Druck steigert oder ob er unmittelbar auf den vorliegenden Theil etwa wie ein Stempel in einem Cylinder wirkt?

Angewandt wurde die Expression nur in der II. Geburtsperiode und zwar bei Gradlagen des Kindes und auch bei Wehenschwäche. Es wurde stets ohne Narkose nach den Vorschriften Kristeller's und Bidder's operirt und zwar fast ausnahmslos nur während der Wehe. K. kam zu der Überzeugung, dass durch den von außen ausgeübten Druck gewöhnlich nur die Bauchpresse verstärkt wird. Nur bei Anwendung großer Kraft konnte von einer unmittelbaren Wirkung auf den Kindestheil die Rede sein. Wie Kontrolluntersuchungen von der Scheide aus bewiesen, war ein mäßiger Druck, der die Bauchpresse lediglich vermehrte, wirksamer, als ein starker, unmittelbar auf den vorliegenden Kindestheil ausgeübter. Um die Ausübung des Druckes für den Geburtshelfer weniger anstrengend zu machen, hat K. einen langen Gurt (aus Flanell oder Leinwand) konstruirt, der unter dem Kreuze der Kreißenden läuft und dessen Enden über dem Uterus sich kreuzen. An diesen wird von 2 auf beiden Seiten der Betten stehenden Personen der Druck ausgeübt, so zwar, dass weniger die Hände thätig sind, als dass man das eigene Körpergewicht auf den Gurt wirken lässt. Man soll indessen bei länger dauernder Einwirkung sich dessen bewusst sein, dass der Druck durch Kreislaufstörungen Asphyxie, ja sogar den Tod des Kindes verschulden kann. Die Kreißenden vertragen ausnahmslos selbst einen starken Druck; eine Schädigung war niemals zu konstatiren. Wie aus den beigefügten 11 Geburtsgeschichten ersichtlich ist, genügte im Durchschnitte eine Expression von 12 Minuten, um die Geburt zu beenden. Selbst wenn der größere Theil des Kindesschädels noch im Beckeneingange stand, gelang es in wenigen Minuten den Kopf durch das Becken zu treiben.

Flatau (Nürnberg).

21) **Gloeckner.** Beiträge zur Lehre vom engen Becken.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 1.)

Das Material des Verf. umfasst 327 enge Becken mit einer Conj. diag. bis zu 10,5 cm inkl. mit 435 Geburten. Es entstammt der Berliner Universitäts-Frauenklinik, wo alle Geburten entweder klinisch oder poliklinisch beobachtet wurden, bloß anamnestisch eruirte Fälle sind unberücksichtigt geblieben.

Die Hauptmaße des normalen, geburtsreifen, trockenen Beckens betragen im Mittel: Conj. diag. 10,7 cm, Diamet. transv. des Beckeneinganges 13,3 cm, Spinae 24,2, Cristae 27,2 cm. Von dem Maße der Spinae und Cristae an der Lebenden (im Mittel 26,3 und 29,0 cm) muss man 2,0 und 1,6 cm abziehen, um die richtigen Maße des trockenen Beckens zu erhalten.

G. theilt die engen Becken in folgende 4 Klassen ein:

I. Einfach platte Becken. Conj. vera 9,5—7,5 cm. Conj. diag. kann bis auf 9 cm heruntergehen. 157 Geburtsfälle eigener Beobachtung, geringste Größe der Diag. 9,2 cm in 2 Fällen.

II. Rachitisch platte Becken: Conj. vera 9,5—6,3 cm, unterer Grenzwerth für die Diag. 8,0 cm. 183 Geburtsfälle eigener Beobachtung, geringste Größe der Diag. 8,2 cm in 2 Fällen.

III. Gleichmäßig allgemein verengte Becken: Conj. vera 10,0—8,0 cm, unterer Grenzwerth der Diag. 9,0 cm. 154 Geburtsfälle eigener Beobachtung, geringste Größe der Diag. 9,0 cm in 1 Falle.

IV. Ungleichmäßig allgemein verengte Becken: Conj. vera 9,5—4,3 cm, unterer Grenzwerth der Diag. 6,5 cm. 41 Geburtsfälle des Verf., geringste Größe der Diag. 7,3 cm nur in 1 Falle.

Um aus der Größe der Conj. diag. die Conj. vera annähernd richtig zu berechnen, muss man bei den 4 Beckenklassen im Mittel abziehen, bei I. 1,8, II. 2,0, III. 1,6, IV. 1,6 cm.

Rechnet der Verf. zu seinen 327 engen Becken die Anzahl der von anderen Autoren beschriebenen engen Becken hinzu, so erhält er die Gesammtzahl von 718 engen Becken bis zu einer Conj. diag. von 11,2 cm inkl., hiervon entfallen auf:

Obige Klasse I und II, zusammen 80%, das theilweise verengte Becken = platte Becken; a. nicht rachitischen, b. rachitischen Ursprunges. Bis zu einer Conj.

diag. von 11,2 cm kommen a und b gleich häufig vor, darunter überwiegt b, darüber a.

Obige Klasse III, 12%, das gleichmäßig verengte Becken = symmetrisch verengte Becken; a. nicht rachitischen, b. rachitischen Ursprunges. Letztere Unterart ist sehr selten beobachtet worden, ihr Vorkommen erscheint an sich noch fraglich. Die symmetrisch verengten Becken sind häufiger als man denkt, werden aber nicht diagnosticirt, da die zur Bestimmung des Querdurchmessers des Beckeneinganges vorhandenen Methoden unsicher sind.

Obige Klasse IV, 8%, das ungleichmäßig allgemein verengte Becken = asymmetrisch verengte Becken; a. nicht rachitischen, b. rachitischen Ursprunges. Differenz der Entfernungen zwischen Distantia spin. und Crist. bei diesen Becken normal, Maße für die Entfernungen aber an sich zu klein. Unterart b viel häufiger als a, leicht zu diagnosticiren, da diese Becken alle für Rachitis charakteristischen Merkmale darbieten, Unterart a dagegen schwierig zu erkennen. Die manuelle Austastung des Beckens, eventuell in Narkose, vom Mastdarm aus ist häufiger zu diagnostischen Zwecken anzuwenden, als es jetzt geschieht.

Starke Grade der Beckenverengerung (Conj. diag. 7,0—10,0 cm inkl.) finden sich häufig bei Becken aus Klasse IV, geringe Grade der Beckenverengerung (Conj. diag. 10,0—11,5 cm) bei solchen aus Klasse I.

Die mit seltenem Fleiße angefertigte, unser Wissen über das enge Becken in vielen Punkten bereichernde Arbeit kann dem Studium der Fachgenossen warm empfohlen werden, dem vom Verf. angekündigten II. Theile kommen wir mit großem Interesse entgegen. **Scheunemann** (Breslau).

22) **L. Kleinwächter.** Die durch extramediäre Einstellung des Fruchtkopfes bedingte Hypertorsion des Uterus.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 1.)

K. wurde über Land zu einer 40jährigen VIIIpara gerufen, als die Geburt schon 3 Tage dauerte und das Fruchtwasser vor 2 Tagen abgeflossen war.

Typisches Bild einer hochgradig Osteomalakischen mit Beckendeformität von absoluter Indikation zum Kaiserschnitte, rechte Beckenhälfte etwas geräumiger als die linke, extramediane Einstellung des Kopfes in der Weise, dass die rechte Beckenhälfte von einem Theile des fest fixirten, mit großer Kopfgeschwulst bedeckten Schädels eingenommen wurde, während der kleinere Theil des Schädels zusammen mit der vorgehobenen linken Hand die linke Hälfte des Beckeneinganges ausfüllte. Beckenknochen ganz unnachgiebig, starke Wehenthätigkeit, ausgesprochene extramediane Lage des Uterus in der rechten Bauchseite mit Torsion der linken Uterusseite nach vorn.

Sectio caesarea conservat. bei 38,4°, Uterus im Sinne des Uhrzeigers mehr als 45° um seine Längsachse gedreht, so dass die linke Uterusseite nach vorn und nach rechts zu lag. Kind faultodt, Tod der Mutter 36 Stunden post operat. unter dem Bilde der Sepsis.

Die extramediane Einstellung des Kopfes war durch die größere Geräumigkeit der rechten Beckenhälfte gegenüber der linken verursacht. Die Rotation des ganzen Uterus in der beschriebenen Weise war eine Folge dieser Einstellung, damit so der Fundus gerade über dem Kopfe läge, und dadurch die Kraft der Wehen in senkrechter Richtung zur größten Entfaltung komme.

K. beobachtete bei der Operation eine auffallende Morschheit des Uterusgewebes, die er als eine Folge der starken Wehenthätigkeit bei räumlichem Missverhältnis zwischen Kopf und Becken betrachtet. Dem Ref. scheint es nicht ausgeschlossen zu sein, dass diese abnorme Brüchigkeit des Muskelgewebes in der Hauptsache auf die bei der Operation ohne Zweifel schon vorhandene septische Infektion zu beziehen ist. Es hätte daher wohl in diesem Falle gegenüber dem konservativen Kaiserschnitte die Operation nach Porro den Vorzug verdient.

Scheunemann (Breslau).

23) **W. C. Swayne** (Bristol). Symphyseotomie.

(Bristol med.-chir. journ. 1899. März.)

Ein typisch verlaufener Fall von Symphyseotomie mit glänzendem Resultate. Die Mutter wurde am 18. Tage mit völlig sicherem Gange entlassen und stellte sich 7 Wochen post partum einer ärztlichen Gesellschaft vor, wohin sie einen halbstündigen Weg zurückzulegen hatte. **Zeiss** (Erfurt).

24) **W. Thiele.** Über Wendung und Extraktion mit besonderer Berücksichtigung der zeitlichen Trennung beider.

Inaug.-Diss., Halle, 1897.

Verf. verfolgt mit seiner Arbeit einen doppelten Zweck. Der 1. Theil enthält einige rein statistische Daten über die in der Zeit vom 1. April 1887 bis 1. April 1897 in der Hallenser geburtshilflichen Klinik und Poliklinik ausgeführten Wendungen. Der 2. Theil beschäftigt sich mit der Frage der zeitlichen Trennung von Wendung und Extraktion. Verf. spricht sich für das exspektative Verfahren aus, da die zeitliche Trennung von Extraktion und Wendung bedeutend bessere Resultate zeitigt. **R. Biermer** (Wiesbaden).

25) **Civel.** Die chirurgische Technik der Embryotomie.

(Arch. prov. de chir. 1899. No. 4.)

Verf. verwirft die gebräuchlichen Methoden der Embryotomie, da man im Dunkeln nur unter Leitung des Fingers mit gefährlichen Instrumenten operire. Sein Instrumentarium ist das denkbar einfachste und besteht aus einem kurzen und 2 längeren Scheidenhaltern, einer starken, kurzen Schere, einigen 4—8zinkigen starken Collin'schen Greifzangen und einer Knochenzange; alles Instrumente, die man auch sonst zu Operationen gebraucht.

Sein Grundsatz besteht nun darin, mittels der Scheidenhalter den anzugreifenden Kindstheil dem Auge zugänglich zu machen, die Haut des fötalen Theiles mittels der Greifzangen zu fixiren und nun unter Leitung des Auges zu arbeiten. Er hält dies für möglich und hat es praktisch ausgeführt nicht nur bei Hydrocephalus, oder Perforation aus anderer Ursache, sondern auch bei Dekapitationen und Embryotomien, wenn man sich nöthigenfalls den Kindstheil von den Bauchdecken her ins Becken eindrücken lässt. Mittels der Collins kann man dann ohne Gebrauch eines anderen Instrumentes das verstümmelte Kind herausbefördern.

Witthauer (Halle a/S.).

26) **S. Cohn.** Justine Siegemundin im Lichte moderner Geburtshilfe.

Inaug.-Diss., Berlin, 1899.

Verf. unterzieht sich der schwierigen Aufgabe, die geburtshilflichen Lehren der Justine Siegemundin in übersichtlicher Weise zu fixiren, wofür ihm Alle, die das Buch der Siegemundin gelesen, dankbar sein werden. Die Arbeit bildet einen angenehmen Kommentar für das Lehrbuch der königl. preuß. und Churbrandenburgischen Hof-Wehemutter. **R. Biermer** (Wiesbaden).

27) **H. A. Kelly** (Baltimore). Die Behandlung des vollständigen Dammrisses mit unmittelbarer Naht des Sphinkters durch versenkte Nähte.

(St. Paul med journ. 1899. März.)

K. hatte die Beobachtung gemacht, dass selbst nach scheinbar tadelloser Vereinigung des vollständigen Dammrisses dennoch jede Kontrolle über den Mastdarm fehlte. K. machte daher den Versuch, die Enden des Sphinkter aufzusuchen und mit versenkten Nähten zu vereinigen. Der Erfolg war in 6 auf diese Art behandelten Fällen sehr zufriedenstellend, eben so in 2 weiteren, von anderen Operateuren nach denselben Grundsätzen operirten Fällen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

28) **Glidden** (Little falls, New York). **Diagnose und Behandlung der Kindslagen mit Hinterhaupt nach hinten.**

(Med. news 1899. März.)

G. hat zufällig selbst eine größere Zahl von Entbindungen zu leiten gehabt, bei denen der Kindskopf mit dem Hinterhaupte nach hinten stand, die Mehrzahl derselben nach rechts und hinten. Wenn auch meistens diese Lage sich so ändert, dass der Kindskopf sich nach rechts und vorn in den Beckeneingang einstellt, so bleibt doch noch eine gewisse Zahl übrig, bei der die Einstellung nach rechts hinten bis zuletzt erhalten bleibt. Diese Fälle sind es, welche dem Geburtshelfer Schwierigkeiten bereiten.

Will man den Versuch machen, die Lage vor der Geburt noch umzuändern, so ist es nothwendig, sie möglichst frühzeitig zu erkennen, wenigstens schon, ehe die Eihäute gesprungen sind. Durch die Eihäute hindurch die Pfeilnaht und die Fontanellen deutlich zu fühlen, ist nicht leicht und wird noch schwieriger, wenn es sich um eine Ipara handelt. Man muss daher vor Allem durch die äußere Untersuchung, Palpation und Auskultation versuchen, sich ein genaues Bild von der Kindslage zu verschaffen. Charakteristisch ist die Verlängerung der I. Geburtsperiode, welche schon auf das Vorhandensein einer Stellung des Hinterhauptes nach hinten hinleiten kann und ist dann allerhöchste Zeit, Maßregeln zur Verbesserung der Lage zu ergreifen.

Hat man die Diagnose früh, einige Wochen vor der Geburt, gestellt, so lässt man die Schwangere mehrmals täglich je einige Minuten die Knie-Ellbogenlage einnehmen, in welcher die Frucht durch die Schwere nach den Bauchdecken zu herabsinkt, sich von dem Beckeneingange entfernt und um seine Achse frei rotirt. Auch noch in der Eröffnungsperiode kann man dies versuchen und lässt dann die Schwangere möglichst lange Zeit hindurch diese Lage einhalten, und versucht zugleich in den Wehenpausen die Drehung mit der Hand zu unterstützen, obgleich ja freilich solche Manipulationen leicht eine neue Wehe veranlassen.

Hinsichtlich der im weiteren Verlaufe der Geburt, in der II. Periode, gewöhnlich eintretenden Drehung des Kopfes ist besonders wichtig, dass der Kopf gut gebeugt in den Beckeneingang eintrete. Je mehr derselbe gestreckt bleibt, desto schwieriger wird die Drehung. Durch häufige Untersuchungen muss sich daher der Geburtshelfer über den Grad der Streckung unterrichten und ihr entgegenzuarbeiten versuchen, indem er die Stirn nach oben und vorn drängt und sie von dem Beckeneingange entfernt, in der Hoffnung, dass sie bei der Wiedereinstellung besser gelegen sein möchte. Sind die Eihäute schon gesprungen, so chloroformirt man die Schwangere, erweitert den Muttermund, führt die Hand ein und stößt die Stirn aufwärts, bis sie die Brust berührt. Durch Druck der anderen Hand von außen gegen den Kopf unterstützt man dieses Manöver, bis das Hinterhaupt durch die Wehen herabgetrieben wird. Diese Methode hat G. stets angewendet, freilich nur mit geringen Erfolgen.

Es bleibt nun nur noch übrig, die Entbindung zu vollenden, entweder durch manuelle Rotation und folgende Zangenanlegung, oder durch Zange ohne Rotation, oder endlich durch Wendung auf die Füße. In geschickten Händen ist das erste Verfahren wohl das dankbarste, allein es ist schwierig und daher dürfte es gewöhnlich besser sein, von Versuchen abzustehen und sofort zur Zange bezw. zur Wendung überzugehen. G. hat unter diesen Umständen 30mal die Zange oder Wendung angewendet, 5mal waren die Kinder todt, und zwar 3mal nach Zange, 2mal nach Wendung. Alle übrigen wurden durch Zange entwickelt, nach Versuchen der manuellen Rotation. 3mal war in der II. Periode die Rotation von selbst eingetreten. Im Übrigen wurden die natürlichen Verhältnisse mit der Zange nachgeahmt und nur während der Wehen Zug ausgeübt, in den Wehenpausen aber innegehalten. Nur 1mal erfuhr die Wöchnerin eine Schädigung in Gestalt langsamer Rekonvalescenz von Neuritis durch den Druck, so wie von Cervix- und Dammriss.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

29) H. Chiari (Prag). Über den anatomischen Befund einer 20 Tage alten, inter partum entstandenen, in Heilung begriffenen kompleten Uterusruptur.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 21.)

Die 30jährige IVpara, welche zur Zeit des Fruchtwasserabflusses auf dem Felde mit Düngeraufladen beschäftigt gewesen war, wurde nach vergeblichem Wendungsversuche in die Hebammenklinik (Prof. Rubeška) eingebracht. Der in I. Hinterhauptslage über dem platt verengten Beckeneingange stehende Kopf war nach links abgewichen, neben ihm war die linke Hand und eine pulslose Nabelschnurschlinge vorgefallen. An der rechten Hälfte der Linea terminalis war ein pflaumengroßer, beweglicher Körper zu tasten. Im Harne Eiweiß. Perforation und Extraktion des 54 cm langen und 2770 g schweren Kindes, worauf die Placenta spontan folgte. Nach normal verlaufenem Wochenbette erkrankte die Frau 2 Tage nach ihrer Entlassung an Tetanus, dem sie nach weiteren 10 Tagen erlag. Die Sektion zeigte neben der hochgradigen Zerstörung der rechten Niere durch Urolithiasis, welche zur Bildung des (selten großen) Uretersteines geführt hatte, und schwerer linksseitiger Nephritis als interessantestes Moment den sozusagen zufälligen Befund der (in Heilung befindlichen) Uterusruptur, die, obwohl komplet, im Leben keinerlei Erscheinungen gemacht hatte und voraussichtlich spontan völlig ausgeheilt wäre. An 2 Stellen der Cervix fanden sich größere, rinnenförmige, glattrandige Substanzverluste, von denen der eine die linke Wand perforirend in eine ca. 6 cm lange Höhle im Zellgewebe des Lig. latum führte. Dieses Cavum kommunicirte durch eine ca. 1 qcm große, jetzt verklebte Rissöffnung knapp neben Lig. rotundum mit der Bauchhöhle. Von dieser Stelle aus verlief quer in die Excavatio vesico-uterinae eine abgehobene Peritonealfalte. Im Bauch- und Beckenraume kein abnormer Inhalt, die Serosa überall zart und blass. Augenscheinlich war die Ruptur eine spontane, bedingt durch das räumliche Missverhältnis (Conj. vera 8,8 cm) (über den Wendungsversuch konnte nichts Näheres erfahren werden). Der Kopf des Kindes, der durch die Rupturstelle in das Zellgewebe des Lig. latum eingetreten war, wurde durch äußere Handgriffe des Operateurs reponirt. In Folge eines glücklichen Zufalles wurden bei der Ruptur keine größeren Gefäße verletzt, daher blieb dieselbe in Folge Mangels der Symptome (es war weder Collaps, noch Blutung aufgetreten) unbekannt.

Piering (Prag).

30) L. Zupnik (Prag). Über subkutane Gehirninjektionen bei Tetanus.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 24 u. 25.)

Der vorstehend mitgetheilte Fall kam wegen Tetanus in die interne Klinik des Prof. Přibram. Da die zahlreichen übrigen Fälle aus der großen Tetanusepidemie der Prager Gebäranstalt [1] trotz aller Hilfsmittel der modernen Forschung (Behring'sches Serum, Tetanusantitoxin sonst subkutan, als intracerebral etc.) durchweg tödlich verlaufen waren, so wurde hier (außer sorgfältiger Vermeidung von Licht- und Schalleinflüssen, sensiblen Hautreizen, Darreichung von Brom mit Chloralhydrat) auf Grund der Heilung eines Falles durch Krokiewicz die Anwendung von subkutanen Injektionen an Kalbshirnemulsionen durchgeführt. 4 Injektionen Anfangs, 1 Gehirn zu 20 g Kochsalzlösung, später stärker, im Ganzen ca. 20 g Kalbshirn. Bestimmt lässt sich konstatiren, dass im vorliegenden Falle der Tod nicht, wie so oft, unter Zunahme des Tetanus der Respirationsmuskeln, sondern, nachdem die eigentlichen tetanischen Erscheinungen nahezu zurückgetreten waren, nicht unter dem Einflusse der Nierenaffektion erfolgte. Auf Grund von experimentellen Thatsachen hält Z. es für wahrscheinlich, dass die bisher bekannten Heilungen 2 schwerer Tetanusfälle durch alleinige Anwendung von Kalbshirnemulsion auch ohne dieses Mittel eingetreten wären.

Piering (Prag).

---

[1] Vgl. Centralblatt für Gynäkologie 1899. p. 701 u. 865.

31) Horn. Ein Beitrag zur Kolpaporrhexis sub partu.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 18.)

33jährige IVpara, allgemein verengtes plattes Becken, Hängebauch. I. Schädellage, Uterus aus dem rechten hinteren Scheidengewölbe herausgerissen. — Perforation der Frucht, Extraktion. — Naht der Scheide; Uterustamponade. Kochsalzinfusion. — Leicht fieberhaftes Wochenbett. — Ca. 6 Wochen post partum gesund entlassen.

Es handelte sich in diesem Falle um ein durch chemische Mittel erzeugtes Trauma. Die Frau hatte von der Hebamme 7 Wehenpulver bekommen. Wenn auch vorher gemachte Zangenversuche zum Theil mit verantwortlich gemacht werden können, so wäre es auch ohne Zange sicher zur Ruptur gekommen. Die hohen Secaledosen und der Mangel an Elasticität im rechten Scheidengewölbe (überstandene rechtsseitige Parametritis) sind die vor Allem ausschlaggebenden Momente gewesen. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

32) Siebourg (Barmen). Über spontane Abreißung der Scheidengewölbe in der Geburt (Kolpaporrhexis).

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 5.)

Der Vorgang spielte sich ab bei einer Frau, die schon 8mal geboren hatte und vollständig normal gebaut ist; dagegen besteht ein starker Hängebauch und steht der normal große Schädel des Kindes in einer Lage (hintere Hinterhauptslage), in welcher er das Becken nicht leicht passiren kann. Die Kreißende geht mit starken Wehen noch umher, ohne den Hängebauch aufbinden zu lassen und presst bei einer starken Wehe in schräger Stellung, nach vorn gebeugt, tüchtig mit, wobei der Riss entsteht. Es giebt eine Spontanruptur derart, dass das ganze linke und hintere Scheidengewölbe vom Uterus abgerissen ist mit Eintritt des Kindes in die Bauchhöhle.

20 Minuten post extractionem Exitus.

Verf. zieht noch andere Fälle der Litteratur zur Beobachtung heran und bespricht dabei Ätiologie und Therapie der Kolpaporrhexien.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

33) Müller (Pförring a/D.). Ein Fall von Kolpaporrhexis.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 18.)

38jährige, IXgebärende mit Hängebauch. — Schieflage IIa. Die Ruptur ist schon vor 10 Stunden eingetreten, die Hebamme hatte aber eine falsche Diagnose gestellt. — Placenta praevia lateralis.

Im linken Scheidengewölbe ein beträchtlicher Riss der Scheide, welcher sich durch die Cervix in das Cavum uteri fortsetzte. — Extraktion einer todten Frucht mit beginnender Maceration der Haut. Die enorme Blutung hatte sich in das Abdomen ergossen, da die ausgetretenen Kindstheile den Weg zur Scheide versperrten. Dies war auch der Grund zu der Fehldiagnose der Hebamme. Kurze Zeit nach der Extraktion und Placentaentfernung Exitus.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

Verschiedenes.

34) Nassauer (München). Zur Frage der Heilung der tuberkulösen Peritonitis durch die Laparotomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 16.)

Von der großen Zahl veröffentlichter Fälle von klinischer Heilung sind nur die als beweiskräftig zu betrachten, welche auch den anatomischen Nachweis der vollzogenen Heilung erbringen oder lange genug klinisch beobachtet sind. Die Zahl dieser Fälle ist gering im Vergleiche zu den klinisch als geheilt veröffent-

lichten. Verf. stellt dieselben unter kurzer Wiedergabe der Krankengeschichten zusammen und giebt sodann die ausführliche Krankengeschichte eines hierher gehörigen, von Gottschalk operirten Falles. Die betreffende Pat. ist 5 Jahre nach der Operation noch in Beobachtung gewesen, der Befund ergab, dass bereits $2^1/_2$ Jahre p. op. die Tuberkulose anatomisch verschwunden war. Der eingehend geschilderte mikroskopische Befund des vor 5 Jahren excidirten Stückes Bauchfell bietet manches Interessante, lässt sich jedoch in den Rahmen eines kurzen Referates nicht unterbringen.

Verf. bespricht sodann ausführlichst die Frage des Zustandekommens der Heilung durch die Laparotomie und kommt schließlich zu folgenden Schlüssen: Das Peritoneum reagirt in Folge seiner besonders günstigen Cirkulationsverhältnisse auf die tuberkulöse Attacke in einer ganz bestimmten Richtung, sein pathologisch-anatomischer Befund giebt diese Richtung an. Die Reaktion besteht in der Hauptsache in einer mächtigen Hyperämie; es gelingt dieser Reaktion zuweilen, der Attacke Herr zu werden: Die tuberkulöse Peritonitis vermag spontan zu heilen.

Meist ist das Bauchfell nicht im Stande, der Erkrankung Meister zu werden, es bleibt seine Reaktion auf einer gewissen Höhe stehen, allmählich wird der ganze Organismus geschädigt, die Krankheit verläuft tödlich.

Durch die Durchschneidung des Bauchfelles in längerer Ausdehnung und Wiedervereinigung desselben wird die bestehende Reaktion noch mächtiger angeregt. Der Bauchschnitt als solcher allein bewirkt eine mächtige Cirkulationsverbesserung. Die schon bestehende Hyperämie wird durch denselben noch auf das Vielfache gesteigert. Dieser Reaktion, tage- und wochenlang anhaltend, verbunden mit den bei Narbenbildung herrschenden Vorgängen erliegt der Tuberkelbacillus. Luft, chemische Mittel, Entfernung des Exsudates, Berührung des Bauchfelles spielen dabei eine ganz untergeordnete Rolle. Das Bauchfell ist in Folge seiner ihm eigenthümlichen vorzüglichen Resorptions- und Cirkulationsverhältnisse besonders geeignet, seine Hilfskräfte anzuwenden und auszunutzen, durch die Durchschneidung werden ihm solche Hilfskräfte verliehen; die oben citirten klinisch und pathologisch-anatomisch betrachteten Fälle beweisen dies.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

35) **J. Rosenthal** (Warschau). Über bei Operationen in der Bauchhöhle vergessene Fremdkörper.

(Gaz. lekarska 1898. No. 34.)

Verf. hat in der Litteratur Umschau gehalten und stellt eine Reihe von im Titel genannten Unfällen zusammen, die anerkannten Autoritäten in Wien, Paris, London, Berlin, St. Petersburg, Moskau, Dorpat u. A. zugestoßen waren. Im Hinblick darauf erwähnt er die bekannten Vorsichtsmaßregeln, mahnt aber auch, über solche Zufälle anderer nicht streng abzuurtheilen, sondern sich des Wortes zu erinnern: Quod hodie mihi, cras tibi. **Flatau** (Nürnberg).

36) **A. Mijnlieff** (Brenkelen). Über die mechanische Behandlung des Hydrops anasarca.

(Med. Weekblad v. Nord- en Zuid-Nederland 1898. No. 32.)

An einen mit Erfolg mittels Curschmann'schen Trokars behandelten Fall von Ödem der Beine bei einer 64jährigen Pat. (Insufficientia cordis bei chronischer Bronchitis und Fettherz) knüpt Verf. die Besprechung der mechanischen Behandlung des Hydrops anasarca, von der er nur Gutes gesehen hat.

Semmelink (Leiden).

37) **v. Franqué.** Uber Sarcoma uteri.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 41.)

In 10 Jahren wurden in der Klinik 16 Fälle beobachtet unter 3366 Kranken mit 304 Carcinomen (34 Corpuscarcinome). 2 von den Sarkomen waren Schleimhautsarkome; unter 13 zu den Wandsarkomen zu zählenden Fällen wurden alle

von den Myomen her bekannten Entwicklungsarten beobachtet; 5 rein submuköse, je 1 mit interstitiell-subserösem, interstitiell intraligamentärem und rein subserösem Sitz; 1 interstitiell submuköses war nachweisbar primär. Von 11 Wandsarkomen konnten 5 sicher, 6 mit Wahrscheinlichkeit auf ursprünglich vorhandene Fibromyome bezogen werden. In keinem Falle konnte der sichere Beweis der Abstammung der Sarkomelemente von den Muskelfasern des Myoms erbracht werden.

Der Procentsatz der zur Untersuchung gelangten sarkomatös degenerirten Myome der Klinik war 3,1. Dabei war aber Diagnose auf Myom nur 6mal gestellt worden. Als diagnostisches Hilfsmittel zu gebrauchen war in 7 Fällen aller Sarkomkranken das Auftreten von Blutungen nach längerer oder kürzerer Menopause. Die große Mehrzahl der Kranken stand in oder an den klimakterischen Jahren.

Die interstitiellen Sarkome machen mitunter so wenig Symptome, dass die Kranken zu einer Zeit zum Arzt kommen, wo die Radikaloperation nicht mehr ausführbar ist. In einem Falle wurden 4 Wochen p. op. reichliche Lungen- und Scheidenmetastasen beobachtet, in 2 anderen waren bereits abgekapselte Perforationen vorhanden, als sie zur Behandlung kamen. Die meist hervorgehobene relative Gutartigkeit der Uterussarkome dürfte also füglich modificirt werden.

Von allen 16 Fällen sind 2, welche über 1 Jahr recidivfrei blieben, dieselben betreffen die submukös-polypösen Formen. 10 erlagen ihren Erkrankungen, 2 konnten überhaupt nicht operirt werden. Operirt wurde gleich oft von Abdomen und Vagina aus, 2mal kombinirt, 2mal zweizeitig.

In 2 Fällen fand sich gleichzeitig Carcinom. Diese Kombination — 5mal beobachtet — dürfte kaum zufällig sein, man wird annehmen dürfen, dass die eine Neubildung die Entstehung der anderen begünstigt und auf eine gemeinsame Ursache hinweist. In der einen Tube desselben Präparates fanden sich eigenthümliche, wenn auch nicht als maligne anzusprechende Epithelwucherungen, während sich im Lumen der Tube sarkomatöse Geschwulstpartikelchen zeigten. Die Möglichkeit einer Keimverschleppung ist nicht auszuschließen, aber auch in diesem Falle nicht zwingend zu beweisen. So viel ist aber sicher, dass die Geschwulst in diesem Falle eine Strecke weit in dem freien Lumen der Tube verschleppt wurde.

Beobachtet wurde dann noch ein neuer Fall von hydropischem oder myxomatösem Myosarkom des Corpus uteri, der sich durch das Vorkommen sehr reichlicher, vollkommen ausgebildeter, quergestreifter Muskelfasern auszeichnete. Diese Muskelfasern fanden sich bei einer 49jährigen, 12mal entbundenen Frau und hatten sich höchstwahrscheinlich seit etwa 4 Jahren aus einem Myom entwickelt. Dies würde ganz entschieden gegen die kongenitale Versprengung dieser Gebilde sprechen. Im vorliegenden Falle hat die mikroskopische Untersuchung die Entwicklung der quergestreiften Fasern aus Spindelzellen erwiesen. Das Vorkommen von quergestreiften Muskelfasern in einem Myxomyosarkom des Uterus spricht dafür, dass den traubigen Sarkomen der Cervix eine so isolirte Stellung wie Pfannenstiel annimmt, nicht zukommt. Bekräftigt wird diese Ansicht durch die Beobachtung eines von der Cervix ausgehenden großzelligen Rundzellensarkoms; auch hier war es zu polypösen, weichen, durchscheinenden Wucherungen in die Vagina gekommen, die makroskopisch dem traubigen Sarkom zum Verwechseln ähnlich sahen; mikroskropisch zeigten sich höher oben im Uterus kompakte Geschwulstmassen, in den traubigen Wucherungen außer starker ödematöser Durchtränkung auch eigenthümliche Quellungs- und Absonderungsvorgänge an den Geschwulstzellen selbst, die in den höher oben gelegenen Partien kaum angedeutet waren. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. Sonnabend, den 20. Januar. **1900.**

I. Kritisches zur Lehre von der Entfaltung und Nichtentfaltung des Mutterhalses in der Schwangerschaft.

Von
Prof. **H. Bayer** in Straßburg.

In einem der besten Bücher, die ich kenne, in seinem »System der deduktiven und induktiven Logik« spricht J. St. Mill die Meinung aus, dass die Ursache, wesshalb in manchen Wissenschaften so wenig bewiesen ist, und der Streit um das wenige Bewiesene nicht enden zu wollen scheint, in dem Mangel der zur Schätzung der Wahrheit nöthigen logischen Begriffe zu suchen sei. Überzeugt von der Richtigkeit dieses Ausspruches habe ich in meinen »Beiträgen zur Lehre vom unteren Uterinsegment«[1] in Bezug auf den endlosen Cervixstreit erklärt: »was uns vor Allem fehlt, ist die einheitliche Auffassung der entscheidenden Kriterien«. In dieser Ansicht hat mich die jüngste Publikation v. Franqué's[2] aufs Neue bestärkt.

[1] Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäkologie I. p. 186.
[2] Untersuchungen u. Erörterungen zur Cervixfrage. Festschrift d. phys.-med. Ges. Würzburg 1899.

Dieselbe ist eine Entgegnung auf meine vor 2 Jahren erschienene Arbeit »Uterus und unteres Uterinsegment«[3], und sie wäre wohl anders ausgefallen, wenn der Autor, statt sich fortwährend auf seine »einwandsfreien« Präparate und »sachlichen« Behauptungen zu berufen, versucht hätte, meine Kritik mit logischer Schärfe zu überlegen und zu widerlegen. Die Antwort wird mir leicht; noch leichter freilich würde sie mir, wenn v. Franqué nicht die Autorität Waldeyer's zu seiner Unterstützung heraufbeschworen hätte.

Jeder kennt den prachtvollen »Medianschnitt einer Hochschwangern bei Steißlage des Fötus«, auf Grund dessen Waldeyer der Anschauung beitrat, dass die Cervix in der Gravidität intakt bleibe. Schon in meiner oben citirten Arbeit[4] habe ich seiner Deutung des Befundes gegenüber Stellung genommen. Ich will mich desshalb heute jeder weiteren Kritik enthalten und voll acceptiren, was er an dem Präparate hervorhob: es fehlte das untere Segment. Ist der Fall ein normaler, ein Beispiel des gesetzmäßigen Verhaltens, dann müssen wir folgern, dass normalerweise dem Uterus am Ende der Schwangerschaft ein unteres Segment fehlt. — Der Schluss ist zwingend. Wird ihn Herr v. Franqué, wird ihn auch nur eine Minderzahl der Fachgenossen anerkennen? — Gewiss nicht. Schon diese eine Erwägung, ganz abgesehen von den früher von mir betonten Eigenthümlichkeiten des Präparates, nöthigt uns, diesen Fall als einen abnormen zu betrachten, aus dem wir Geburtshelfer keine Folgerung auf die gewöhnlichen Verhältnisse ziehen dürfen.

Seitdem hat Waldeyer noch einmal und zwar in seinem ausgezeichneten Buche über das Becken[5] in der strittigen Frage das Wort ergriffen. Hier wendet er sich gegen die Beweiskraft meiner Muskelfasermessungen und erklärt, »die Hypertrophie der Cervixmuskulatur werde vollkommen durch die bekannte Größenzunahme der Cervix in Anspruch genommen«. Welche Größenzunahme ist dabei gemeint? — Im Beginne der Schwangerschaft erscheint der Mutterhals freilich größer, später aber eher kleiner als vorher, wenn ich auch nicht gerade das Bandl'sche Diminutiv »Cervixschläuchchen« gebrauchen möchte. Auflockerung, seröse Aufquellung, Erweiterung der Gefäße ist wohl vorhanden: aber von einer Größenzunahme, die mit der von mir nachgewiesenen stetig durch die verschiedenen Monate hindurch zunehmenden Hypertrophie der Muskelfasern gleichen Schritt hielte, ist doch keine Rede. Das sind Alles Dinge, die dem Anatomen ferner liegen, die aber jeder Geburtshelfer kennt.

Durch v. Franqué ist der Name Waldeyer's wieder in diesen leidigen Cervixstreit hereingezogen worden. Als früherer Schüler und aufrichtiger Bewunderer des Meisters fällt es mir schwer, seine

---

[3] Archiv für Gynäkologie Bd. LIV. Hft. 1.

[4] Ibid. p. 44.

[5] Jössel u. Waldeyer, Lehrbuch der topogr.-chirurg. Anatomie II. p. 893.

Ansicht zu bekämpfen. Indessen kann ich mich in einer Frage, der ich fast eine Lebensarbeit gewidmet habe, nicht der geburtshilflichen Autorität eines Anatomen beugen. Ganz gewiss ist mir Waldeyer's Urtheil werthvoll, so werthvoll als irgend einem Anderen. Aber werthvoll in erster Linie ist mir das, was er an seinem Gefrierschnitte mit dem Auge des Anatomen sah: das Fehlen des unteren Segmentes. Weniger Gewicht lege ich darauf, dass er sein Präparat als ein Paradigma der normalen Verhältnisse betrachtete; hier hat sich der Anatom möglicherweise durch Fachmänner der Schröder'schen Schule klinisch belehren lassen.

Für Herrn v. Franqué ist nun im Gegentheile die Meinung Waldeyer's desshalb von besonderer Bedeutung, »nicht nur weil er als Nichtgynäkologe der Frage durchaus vorurtheilslos gegenüber steht, gleich unbeeinflusst durch die so trügerischen klinischen Eindrücke, wie durch den vorausgegangenen jahrhundertalten litterarischen Streit der Geburtshelfer, sondern vor Allem desshalb, weil er zum Theil dieselben Präparate wie Bayer benutzte«. — Bei dieser Auffassung würden wir Geburtshelfer ja besser daran thun, unsere geburtshilflichen Probleme überhaupt durch Nichtfachmänner entscheiden zu lassen und uns selbst wissenschaftlichen Fragen zuzuwenden, denen gegenüber unser Urtheil weniger durch Sachkenntnis getrübt wäre. Herr Waldeyer denkt hierüber anders: sein Buch wenigstens zeugt an mehr als einer Stelle dafür, dass er »die so trügerischen klinischen Eindrücke« schätzt und beachtet.

Gegen den zweiten Theil des oben citirten Satzes muss ich entschieden Verwahrung einlegen. Die Präparate, die v. Franqué meint, habe ich allein studirt. Ich habe an ihnen den Cervikalkanal freigelegt, die Schleimhaut mikroskopisch untersucht, die Muskelfasern gemessen, und ich habe sie seiner Zeit in natürlicher Größe gezeichnet und publicirt[6]. Verkleinerte Abbildungen von ihnen sind im Waldeyer'schen Werke lediglich als Illustrationen benutzt. v. Franqué will offenbar den Eindruck erwecken, als hätte Waldeyer an dem von mir untersuchten Materiale später gegentheilige Befunde erhoben und meine Angaben widerlegt, eine Suggestion, die Herr Waldeyer gewiss nicht unterstützen würde.

Fair play, Herr v. Franqué, wenn ich bitten darf! —

Was die übrigen Autoren anbetrifft, auf die sich mein Gegner beruft, so habe ich mich Sobotta und Rösger, Leopold und v. Dittel gegenüber schon an anderen Stellen ausgesprochen, was Herr v. Franqué so ziemlich verschweigt. Werth's und Grusdew's vorzüglicher Arbeit[7] näher zu treten, ist hier nicht der Ort; die für mich so schmeichelhafte Beurtheilung meiner Untersuchungen durch diese beiden Forscher lässt mich aber nicht daran zweifeln,

---

[6] Freund's gynäkologische Klinik p. 436—446, 463—469, 582, 586; Atlas Taf. XXX u. XXXII.

[7] Archiv für Gynäkologie Bd. LV.

dass wir auf Grund fortgesetzter Studien zu einer Verständigung gelangen werden.

Und nun zu den eigenen Beobachtungen v. Franqué's. Obgleich er die Muskelfasermessungen »für bedeutungslos für die Cervixfrage« hält, hat er sich doch an 3 Präparaten dieser »zeitraubenden und unfruchtbaren Arbeit« gewidmet, um meine Lehre von der mangelhaften Entfaltung der Cervix zu entkräften und mich mit meinen eigenen Waffen zu schlagen.

Das erste Präparat ist ein ganz gewöhnlicher Uterus post partum mit noch darin befindlicher Placenta und einem gut ausgebildeten unteren Segmente. Hier findet v. Franqué Hypertrophie der Cervixfasern, was vollkommen mit meiner Lehre übereinstimmt. Nun giebt aber mein Gegner an, ich hätte in Leipzig diesen Uterus ausdrücklich als ein Beispiel mangelhafter Entfaltung der Cervix bezeichnet. Meines Entsinnens erklärte ich in dem kurzen Zwiegespräche freilich nur, ich könne ohne Messung der Muskelfasern einer Cervix nicht mit Sicherheit ansehen, ob sie entfaltet ist oder nicht, wie ich dies ja auch in meiner Arbeit[8] mit Nachdruck betont habe. Indessen ist die Behauptung v. Franqué's kategorisch, und meine Erinnerung mag mich täuschen. Dann aber muss ich durch die allzuflüchtige Betrachtung des Präparates, durch die vorangegangene Diskussion über Placenta praevia und durch die Ausfüllung des unteren Segmentes mit einem Theile der gelösten Placenta zu der irrthümlichen Meinung verleitet worden sein, einen Fall von Placenta praevia vor mir zu haben, wo ja nach meiner Erfahrung die dünnwandigere Placentarstelle ein unteres Segment vortäuschen kann[9]. Anders ist mir die Sache vollkommen unverständlich. — Der Fall beweist jedenfalls, dass man seine Worte auf die Goldwage legen muss einem Gegner gegenüber, der aus einer flüchtigen Äußerung Kapital zu schlagen gewillt ist; gegen meine Lehre beweist er gar nichts. Denn diese lautet ja gerade dahin, dass bei mangelhafter Entfaltung der Cervix kein unteres Segment vorhanden ist; ein solches war aber in dem betreffenden Präparate in ganz normaler Weise gebildet, und desshalb musste in der Cervix Hypertrophie der Fasern gefunden werden. Da ich wohl annehmen darf, dass es Herrn v. Franqué um die Feststellung der Wahrheit in der Cervixfrage und nicht bloß um die Diskreditirung meiner Lehre quand-même zu thun ist, so wird er sich, wie ich hoffe, mit dieser Erklärung begnügen und diesen Fall — mag es sich nun um ein Missverständnis von seiner oder um eine falsche Diagnose von meiner Seite gehandelt haben — aus seinem Beweismateriale streichen.

Eine weitere Beobachtung, die v. Franqué jetzt wieder gegen mich vorführt, ist früher[10] von ihm beschrieben und von mir[11] aus-

---

[8] Ibid. Bd. LIV. p. 44.

[9] Ibid. p. 67.

[10] v. Franqué, Cervix u. unteres Uterinsegment 1897. p. 60.

[11] Archiv für Gynäkologie Bd. LIV. p. 54.

führlich kritisirt worden. Neue Untersuchungen darüber oder neue Gesichtspunkte bringt er nicht; ich habe demnach meiner früheren Kritik nichts hinzuzufügen. Indessen könnte doch das jetzt aus dem Zusammenhange herausgerissene Citat meiner Behauptung, »dass das Verhalten des Corpus für die Cervixfrage überhaupt nicht in Betracht kommt«, auf Uneingeweihte den Eindruck machen, als ob ich stets nur die Cervix berücksichtigt hätte. Auch an einer anderen Stelle spricht mein Gegner von einem Präparate, »an dem die Muskelfasern nur der Cervix gemessen sind wie in Bayer's verschiedenen Veröffentlichungen«. Dabei habe ich überall betont, dass ich stets Fasern aus den verschiedensten Partien des Geschlechtsapparates berücksichtigte. Wo es irgend möglich war, habe ich außer der Cervix nicht bloß das Corpus, sondern auch Tuben, Uterusligamente, Vagina, Harnblase und selbst Rectum auf Muskelhypertrophie untersucht, und habe Zeichnungen von Muskelfasern aus allen diesen Theilen sowohl in Freiburg als in Leipzig den Kongressmitgliedern vorgelegt[12]. Ich verstehe daher v. Franqué's Äußerung nicht. — Da er an dem fraglichen Präparate eine abnorm geringe Hypertrophie auch der Corpusfasern zu finden glaubte, so schloss er: »Also nicht um eine mangelhafte Ausbildung der Cervix gegenüber dem Corpus handelte es sich, sondern um eine Abnormität, welche die Muskulatur des gesammten Uterus in gleicher Weise betraf, und die wir wohl als Theilerscheinung einer vorher schon vorhandenen Metritis chronica betrachten dürfen«. Darauf habe ich geantwortet: »Bei der mangelhaften Entfaltung handelt es sich nicht etwa nur um eine mangelhafte Ausbildung der Cervix gegenüber dem Corpus, sondern um eine mangelhafte Ausbildung der Cervix schlechthin. Mit anderen Worten, die Frage lautet ganz direkt: Stimmt die Hypertrophie der Fasern mit der Länge der Cervix oder nicht? — Ist die Cervix bei unveränderter Länge hypertrophirt, so muss sie entfaltet sein, ist sie bei unveränderter Länge nicht hypertrophirt, dann fehlt die Entfaltung. Ob dann das Corpus große oder kleine Fasern enthält, ob es überhaupt aus Muskelelementen oder aus Fett oder einem anderen Gewebe besteht, das bleibt für die uns hier interessirende Frage vollkommen irrelevant«. So denke ich auch noch heute, und damit ist für mich auch dieser zweite Fall erledigt.

Von großer principieller Bedeutung ist dagegen die dritte Beobachtung v. Franqué's, auf die er sich in seiner neuen Arbeit beruft, und die gleichfalls von ihm schon früher[13] veröffentlicht und von mir[14] besprochen worden ist.

---

[12] Die Tabellen über meine ca. 30000 Messungen habe ich selbstverständlich aufbewahrt und stelle sie jedem Fachgenossen zur Verfügung. Hätte ich sie drucken lassen, so wäre daraus eine umfangreiche Publikation geworden, die kein Mensch studirt hätte. Es wird bei uns meiner unmaßgeblichen Meinung nach zu viel gedruckt und desshalb zu viel, aber zu wenig aufmerksam gelesen. Multum, non multa! Eine gewisse Ökonomie und Selbstbeschränkung thut hier noth.

[13] l. c. p. 49.

[14] Archiv für Gynäkologie Bd. LIV. p. 48.

Es ist eigenthümlich, wie nach jahrzehntelanger, wenig ersprießlicher Bearbeitung der Cervixfrage die letzten Jahre Schlag auf Schlag die hervorragendsten Entdeckungen darin gebracht haben, und es hieße Herrn v. Franqué's Verdienste schmälern, wollte ich nicht anerkennen, dass gerade er mit die wichtigsten Beweisstücke geliefert hat — freilich nur zu Gunsten seiner Gegner. Vor 2 Jahren war es die Decidua in der Cervix. Auf Grund dieses Befundes konnte ich rücksichtlich mancher Präparate von Placenta praevia schreiben[15]: »Für die Fälle jedoch, wo die Nachgeburt das ganze untere Segment und nur dieses besetzt, sehe ich absolut keinen Gegengrund gegen die Annahme, dass sich das Ei von vorn herein in demselben, d. h. im obersten Abschnitte der Cervix implantirt hat. Diese Vermuthung ist die logische Konsequenz aus dem Nachweise einer Decidua cervicalis«. Dann weiter: »Wenn man einen solchen Fall bis jetzt noch nicht gesehen hat, so .... wissen wir ja gar nicht, was sich noch Alles herausstellen wird, wenn man einmal über eine größere Anzahl anatomischer Beobachtungen verfügen kann«. Und noch während der Drucklegung dieser Zeilen wurde der erste Fall einer ganz zweifellosen Cervixplacenta veröffentlicht!

Jetzt aber beschenkt uns v. Franqué mit dem von Bandl, von Küstner und von mir selbst so lange vergeblich gesuchten und längst nicht mehr erhofften Präparate eines mit Cervixschleimhaut ausgekleideten unteren Segmentes. Da ich diesen Glückszufall nicht im entferntesten erwartet und, gleich den Anderen, im unteren Segmente stets Decidua gefunden hatte, glaubte ich seiner Zeit, dass hier der Mutterhals erst während der langen Geburtsarbeit entfaltet worden sei, und die Zeit dabei natürlich nicht gereicht habe zur Umwandlung der Cervixschleimhaut in Decidua. Desshalb versprach ich Herrn v. Franqué, er werde die Zeichen einer mangelhaften Entfaltung der Cervix, d. h. keine oder nur eine abnorm geringe Hypertrophie der Muskelfasern finden. Die Messungen sind nunmehr erfolgt: es stellte sich Hypertrophie heraus, das untere Segment war also nicht erst unter der Geburt, sondern schon früher zur Entfaltung gekommen, und meine Prophezeiung ging vollkommen zu Schanden. Mit größtem Vergnügen ziehe ich meine frühere Deutung des Präparates zurück, und nur der Thatbestand möge hier dem Urtheile der Fachgenossen unterbreitet sein: ein Uterus mit makroskopisch offenbarem und jetzt nachträglich durch Muskelfaser-Messungen festgestelltem unteren Segment und dieses untere Segment bekleidet mit Cervixschleimhaut!

Der Fall ist gewiss ein recht seltener, und v. Franqué hätte gerade die Seltenheit des Befundes für seine Sache verwerthen dürfen. Er hätte etwa sagen können: da habt Ihr einmal ein unteres Segment, das offenbar aus der Cervix entstanden ist, und gerade hier

[15] Archiv für Gynäkologie Bd. LIV. p. 70.

hat es sich gezeigt, dass die Cervixschleimhaut nicht zu Decidua wird. Durch einen solchen Trumpf hätte er mich noch vor 2 Jahren in bittere Verlegenheit gebracht. Jetzt freilich ist es zu spät, nachdem durch v. Weiß und Ponfick der Beweis erbracht ist, dass sogar eine Serotina aus der Cervixschleimhaut sich bilden kann. Dass auch die Cervixplacenta ein seltenes Ereignis ist, kommt dabei gar nicht in Betracht. Ich bin ja weit davon entfernt, aus derartigen Ausnahmefällen Schlüsse zu ziehen auf das normale Verhalten; ich sage nur, dass die Schleimhaut kein verlassbares Kriterium für die Entscheidung der Cervixfrage giebt. Das habe ich in meiner letzten Arbeit [16] fast zu deutlich ausgesprochen.

Damit dürften die 3 Fälle v. Franqué's erledigt sein. Was er weiterhin über den festen Peritonealansatz und Anderes ausführt, ist Alles in meiner Kritik im Archiv für Gynäkologie genügend gewürdigt; ich habe derselben nichts hinzuzufügen [17].

Nun wendet sich mein Gegner auch direkt gegen die Bedeutung der beiden von mir in den »Beiträgen zur Geburtshilfe und Gynäkologie« beschriebenen Fälle und meint: »dieselben werden auf Leute, die nicht von vorn herein Bayer's Anschauung theilen, kaum überzeugend wirken«. Ich glaube, Herr v. Franqué unterschätzt doch erheblich die Urtheilsfähigkeit unserer Fachkollegen; er freilich hat den springenden Punkt nicht erfasst. Gewiss hätte sich in dem einen, 8monatlichen Uterus bei weiterer Dauer der Schwangerschaft noch ein unteres Segment herausbilden können; warum denn nicht? habe ich denn dieses bestritten? Die Frage geht ja nur dahin, wesshalb in der langen Cervix nur geringe, in der kurzen dagegen starke Hypertrophie der Muskelfasern vorhanden war. Wenn der geneigte Leser sich die Mühe geben will, meine Arbeit, eigentlich nur den Schluss derselben, einzusehen, so wird er verstehen, dass ich jedes weitere Wort für überflüssig halte. Was Herr v. Franqué als Vorbedingung für meine Schlussfolgerungen verlangt, ist unerfüllbar und hat desshalb keinen Sinn. Mit derartigen Forderungen verlässt man den Boden einer ernsthaften wissenschaftlichen Diskussion. Ich soll feststellen, »dass in beiden Cervix die gleiche Anzahl an Muskelfasern vorhanden waren!« und »dass bei beiden alle Muskelfasern gleich und zwar im Wesentlichen längs gerichtet sind«. Gerade auf diesen letzteren Punkt legt er auch noch an anderer Stelle Gewicht: er meint nämlich, die Hypertrophie

---

[16] Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäkologie I. p. 182.

[17] Auch hier bezeichnet v. Franqué den auf Taf. XXX des Freund'schen Atlas abgebildeten 3monatlichen Uterus als nicht normal. Ich weise nur darauf hin, dass Waldeyer in seinem Buche dasselbe Präparat und Ahlfeld in seinem Lehrbuche der Geburtshilfe meine Abbildung reproduciren. Ich kann nur die Frage wiederholen, »von wannen Herrn v. Franqué seine Wissenschaft kommt; aus den in der Litteratur veröffentlichten Fällen hat er sie wenigstens nicht«. Hier stützt er sich gerade am unrechten Orte auf die »trügerischen klinischen Eindrücke«.

könne nur dann eine Verlängerung der Cervix hervorrufen, wenn alle Fasern longitudinal verliefen! — Dies nennt er sogar seinen »grundsätzlichen Einwand« und wirft mir vor, »dass Bayer in keiner seiner neueren Äußerungen auf diesen, meiner Meinung nach allein schon ausschlaggebenden Theil meiner Beweisführung eingeht«. — Nach dieser Theorie müsste z. B. der hypertrophirende Biceps eines Athleten länger werden statt dicker, da er ja im Wesentlichen aus longitudinalen Muskelfasern besteht!

Jedes gute Raisonnement beleidigt, und Herr v. Franqué wird zweifellos auch dies Mal meine Kritik zu »temperamentvoll« finden. Indessen meine ich mit Chamfort: »quand on a la lanterne de Diogène, il faut avoir son baton«. —

Lebhaft würde es mich freuen, wenn mein Gegner darauf verzichtete, die sich anbahnende Verständigung in der Cervixfrage weiterhin aufhalten zu wollen. Denn eine Verständigung ist im Gange; das ist mir aus dem Vortrage Veit's auf dem Berliner Gynäkologenkongresse und der sich anschließenden Diskussion zur erfreulichen Einsicht gekommen. Große principielle Differenzen bestehen in der That schon fast nicht mehr. Ich möchte stets den Hauptnachdruck darauf legen, dass der Brutraum in der späteren Zeit der Schwangerschaft einen Zuwachs von unten erfährt, und dass dieser Zuwachs aus einem funktionell anders beanlagten Materiale besteht. Und diese Thatsache wird jetzt wohl von den Meisten anerkannt. Ob diesen Zuwachs nur der »Engpass« des inneren Muttermundes liefert, wie Veit es will, oder ob nach Erweiterung der engen Stelle auch noch der angrenzende Abschnitt des Mutterhalses zur Entfaltung kommt, wie es mich meine Untersuchungen gelehrt haben, das ist dann keine Frage von fundamentaler Wichtigkeit mehr. Auch dass diese Entfaltung nur die eine Möglichkeit darstellt und in einer Reihe von Fällen, bei vielen Mehrgeschwängerten, bei Placenta praevia etc., ausbleibt, wird wohl nur noch von Wenigen bestritten werden. Hier fehlt dann, wie ich dies wiederholt beschrieben habe, ein eigentliches unteres Segment, und der »Kontraktionsring« präsentirt sich dem touchirenden Finger in der Wehe als »physiologische Striktur« unterhalb oder in der Nähe der Eispitze, um bei Krampfwehen resp. tetanischer Spannung des Uterus die dauernde Zusammenziehung der »spastischen Striktur« darzubieten. Was Herr Veit speciell über diese Strikturen in seinem Berliner Vortrage gesagt hat, stimmt, so weit ich sehe, so ziemlich überein mit der Auffassung, die ich zwar noch nicht vollkommen in meiner »Morphologie der Gebärmutter«, dafür aber um so ausdrücklicher in meinen späteren Arbeiten vertreten habe. Ich bin so unbescheiden, mir einzubilden, dass meine mühsamen und nach v. Franqué »unfruchbaren« Muskelfaser-Messungen doch etwas dazu beigetragen haben, die Differenzen auszugleichen.

Der ganze Streit um die Cervix wäre für den Kliniker ziemlich gleichgültig, wenn es sich stets um dieselben Verhältnisse

handelte. Die Auffassung dagegen, der ich jahrelange Arbeit gewidmet habe, dass nämlich 2 Möglichkeiten, Entfaltung und Nichtentfaltung der Cervix, gegeben sind, und dass beide Fälle sich durch bestimmte anatomische und klinische Erscheinungen unterscheiden, sie giebt der ganzen Frage erst ein aktuelles Interesse. Ich vertraue fest darauf, dass diese Auffassung allmählich Anerkennung finden und dann zur Basis werden wird für ein zielbewusstes Studium der Anomalien des unteren Segmentes mit ihrem Einflusse auf die Eröffnungsperiode, auf Lage- und Haltungsanomalien des Kindes, auf Verletzungen des Uterus etc.

Dass meine »komplicirten Konstruktionen auf hypothetischer Grundlage«, wie sich Herr v. Franqué ausdrückt, doch einige Beachtung verdienen, dürften aufmerksame und litterarisch orientirte Leser der soeben erschienenen Arbeit Fränkel's entnehmen [18]. Es handelte sich um einen Fall von Placenta praevia totalis, der so ausgeprägt die Erscheinungen darbot, wie ich sie als die der mangelhaften Entfaltung der Cervix beschrieben habe, dass ich es mir nicht versagen kann, die in meiner früheren Arbeit [19] enthaltene Tabelle mit der Fränkel'schen Schilderung hier zusammen zu stellen:

	Placenta praevia	
	II. Mangelhafte Entfaltung der Cervix	Fränkel's Fall
Blutungen in d. Schwangerschaft	Fehlen	»Schwangerschaft ist glatt verlaufen, nur hat vor 14 Tagen ein einmaliger kurzdauernder Blutabgang stattgefunden«
Eintritt der Geburt	Rechtzeitig (weil der Reiz durch etwaige Blutung fehlt)	»Entspricht dem berechneten Schwangerschaftsende«
Präsentation der Placenta	Im Beginne der Geburt stets Placenta praevia centralis	Placenta praevia totalis
Verhalten der Weichtheile	Striktur vorhanden, mindestens im Beginne der Geburt	»Mittels einer in der ganzen Peripherie vorspringenden Leiste setzt sich der unterste Abschnitt als Collum scharf von dem übrigen Uterus ab« (dies nach 12stündiger Wehenthätigkeit, Durchbohrung der Placenta und Herabschlagen des Fußes, so wie nach Härtung des Präparates)
	(Natürlich fehlt ein weiterer Kontraktionsring, weil eben die Striktur d. Kontraktionsring ist.)	Kein Kontraktionsring
Placenta	Keine älteren Veränderungen (d. h. keine totale oder partielle Marginata)	»Marginatabildung ist nirgends an der Placenta zu bemerken«
Anatomischer Befund	Fehlen der Hypertrophie (wenigstens in den mittleren und inneren Wandungsschichten) der Cervix	? (nicht untersucht)

[18] Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. p. 623.
[19] Archiv für Gynäkologie Bd. LIV. p. 63.

3**

Hier inserirte die Placenta jedenfalls nicht in einem richtigen unteren Segmente, sicher nicht mit ihrem größeren, der hinteren Wand adhärirenden Theile. Bei etwaigen Muskelfaser-Messungen, durch welche der Fall vollständig aufgeklärt werden könnte, müsste man freilich besonders die mittleren und inneren Schichten der Cervixwandungen berücksichtigen; in der äußersten Lage würde man wohl entsprechend dem Hochstande des festen Peritonealansatzes überall Hypertrophie finden[20], hinten noch mehr als vorn.

Ich mache übrigens noch aufmerksam auf die Form des Uterus und namentlich auf die Insertion der Ligamente, welche mit den von Palm[21] unter meiner Leitung gewonnenen Erfahrungen übereinstimmt.

Alle diese Dinge sind offenbar ohne Kenntnis meiner Arbeiten von dem Autor beobachtet worden. Sie stellen daher einen nicht gewollten, aber gerade desshalb um so schätzenswertheren Beitrag zu meiner Theorie der Placenta praevia dar.

II. Zur Atmokausisfrage. Einige Worte zur Abwehr.

Von

Dr. **Flatau** in Nürnberg.

In der soeben erschienenen »I. Sammelforschung und Weiteres zur Atmokausis und Zestokausis« von Ludwig Pincus (Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 261/62) widmet der Verf. mir und meinen Arbeiten über dieses Thema einige Seiten, die mit ihrer Fülle persönlicher Angriffe wenigstens nicht ganz unbeantwortet bleiben dürfen. Herr Pincus hat sich mit bewundernswerther Konsequenz allmählich zum Adoptivvater und zum unfehlbaren Selbstherrscher im Gebiete der Theorie und Praxis der Snegirjeff'schen Originalidee emporgearbeitet, hält jeden noch so begründeten und bewiesenen Widerspruch für ein crimen laesae majestatis und kanzelt diejenigen herunter, die so frei sind, nicht in omnia verba magistri Pincus zu schwören.

Ob Herr Pincus von den Gegeneinwänden und Beweisen etwas glaubt oder nicht, ist für die Wissenschaft ganz gleichgültig. Die Medicin ist eine Erfahrungswissenschaft, und erst wenn Herr Pincus sich hingesetzt und meine mühseligen, nach Hunderten zu zählenden Einzeluntersuchungen auch in $^3/_4$ Jahre langer Arbeit nachgeprüft haben wird, wie es eben sonst bei uns Sitte und Brauch ist, dann werde ich mich mit seinen Ansichten wieder beschäftigen. Einer Antwort auf die persönlichen Herabsetzungen bedarf es nicht.

Aber Herr Pincus wirft mir vor, oberflächlich und falsch citirt zu haben. Wenn ich und mit mir noch Viele ihn in der Abortusfrage missverstanden haben, so liegt die Schuld an ihm selbst; denn er hat ja die Losung ausgegeben »Alles im Uterus befindliche mit-

---

[20] Vgl. Archiv für Gynäkologie Bd. LIV. p. 66.

[21] Über die Diagnose des Placentarsitzes in der Schwangerschaft etc. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXV.

zukochen«. Das habe ich so verstanden wie es dasteht. Dass er es später an anderen Stellen anders geschrieben hat, gebe ich zu und habe es nie bestritten. Ferner wehrt sich Pincus dagegen, dass er »nie und nirgends den 100° heißen Dampf das »ideale Antisepticum« genannt hat«. Abgesehen davon, dass ich versichern darf, dass die Anführungsstriche gar nicht auf Herrn Pincus gezielt haben, begreife ich auch nicht, warum er sich so dagegen sträubt; es wäre doch eine ganz richtige Behauptung gewesen.

Überhaupt muss ich Herrn Pincus erklären, dass er im Unrecht ist, wenn er alle Sätze meiner Arbeit nur auf sich und seine Ansichten bezieht. Ich habe ganz selbstverständlich die gesammte bis zum Abschlusse meiner Untersuchungen aufgehäufte Litteratur beurtheilt und habe mir erlaubt, außer an Pincus auch noch zuweilen an Andere, wie Dührssen, Pit'ha, Cahn, Baruch etc. zu denken und sie zu citiren.

Dagegen habe ich Herrn Pincus den schweren Vorwurf zu machen, dass er seine Darstellung des Diskussionsverlaufes bei der letzten Naturforscherversammlung in München so stark subjektiv gefärbt hat, dass wohl kein Theilnehmer sie erkennen würde. »Alle Argumente gegen die Methode standen auf sehr schwachen Füßen«, meint Pincus. Wer aber Zeuge jener Diskussion gewesen ist, wer sich erinnert, wie bestimmt und scharf sich Männer wie v. Herff[1] und Krönig gegen die vielen Auswüchse der Atmokausis ausgesprochen, wie lau und vorsichtig Fritsch und v. Guérard sich geäußert haben, wie beredt das Schweigen der anwesenden Autoritäten trotz meiner Provokation war, welcher ungewöhnliche und laute Beifall meinen Ausführungen folgte, der wird mit den dort anwesenden etwa 80 bis 100 Gynäkologen wissen, dass der Verlauf der Diskussion einer Niederlage des intransingenten Standpunktes Pincus' so ähnlich sah wie ein Ei dem anderen. Und das ist der Hauptzweck meiner Zeilen, gegen die Umprägung des Diskussionsergebnisses der Münchener Septembertage einen entschiedenen öffentlichen Protest einzulegen. Wie sagte doch ein großer Weiser: Und das heißt mir aller Dinge unbefleckte Erkenntnis, dass ich von den Dingen nichts will: außer, dass ich vor ihnen liegen darf als ein Spiegel mit 100 Augen. Herr Pincus hat aber vor jedes Auge noch eine rosig gefärbte Brille gesetzt.

Das Gute an der von Snegirjeff gemachten großen therapeutischen Entdeckung wird bleiben; das Überflüssige, Mangelhafte und Schädliche zu Falle zu bringen, ist Pflicht und Aufgabe aller Altruisten, welche für den Fortschritt unserer Wissenschaft arbeiten und kämpfen, nicht um irgend einer Person willen, sondern um der Sache willen!

[1] Ein Beispiel, wie Pincus referirt: p. 1666 steht: »v. Herff hat sich natürlich nicht abhalten lassen, die Methode weiter zu verwerthen«. In Wahrheit hat v. Herff das gerade Gegentheil gesagt und gethan.

III. Weiteres zum Schlitzspeculum.

Von

Dr. G. Zepler in Berlin.

Die in No. 41 und 46 des Centralblattes für Gynäkologie 1899 gebrachten Notizen von Biermer und Weber über deren bereits früher erfolgte Anwendung der Schlitzspecula aus eigener Initiative haben mich keineswegs überrascht. Der Gedanke an eine solche Modifikation des einfachen Röhrenspeculums lag ja so nahe, dass ich mich vielmehr gewundert hätte, wenn derselbe nicht auch anderweitig lebhaft geworden wäre. Daher bedarf es gewiss auch keiner Versicherung meinerseits, dass ich weder die Specula der genannten Herren Kollegen, noch diejenigen anderer Autoren gekannt habe. Um möglichst sicher zu gehen, hatte ich mich sogar durch Nachfrage bei sehr angesehenen Berliner Instrumentenfabrikanten, so wie in den mir zugängigen Katalogen bedeutendster Firmen über die etwaige Existenz der von mir geplanten oder ähnlicher Specula informirt und dabei nur das Fehlen solcher Instrumente konstatiren können. Auch ein freilich flüchtiger Blick in die Litteratur offenbarte mir nichts Einschlägiges. Inzwischen bin ich von sehr geschätzter Seite in dankenswerthester Weise darauf aufmerksam gemacht worden, dass doch schon auch eine Veröffentlichung über etwas Ähnliches existire und zwar über eine Modifikation des Bandl-schen Doppelspeculums von Dr. Eduard Preiss in Kattowitz in der deutschen med. Wochenschrift 1896 No. 36. Dass ich auch diese Veröffentlichung nicht gekannt habe, ist ja um so selbstverständlicher, als ich bei absichtlicher Nichtberücksichtigung derselben gewärtig sein musste, dass alsbald der Autor oder Andere, die die Veröffentlichung kannten, mit der betreffenden Thatsache hervortreten würden. Ist inzwischen geschehen, s. No. 50, 1899, d. Bl. (Anmerk. d. Verf. bei der Korrektur.)

Die außerordentliche Zersplitterung unserer Litteratur trägt einen wesentlichen Theil der Schuld an solchen Vorkommnissen, zumal die Referate häufig ganz unzulänglich sind. So konnte ich mich nachträglich überzeugen, dass die Veröffentlichung von Preiss in den dazu dienenden Zeitschriften, Jahresberichten etc., entweder gar nicht oder doch nur so referirt war, dass von den Dingen, die hier in Betracht kommen, nichts zu finden war. Preiss hat in der That als Modifikation des Bandl'schen Speculums, welches aus 2 in einander zu schiebenden Röhren besteht, einen durchgehenden Schlitz an der vorderen Seite der inneren Röhre und einen halben Schlitz an der hinteren Seite der äußeren Röhre, vom vorderen Rande aus, veranlasst, und zwar bei letzterer mit dem ausgesprochenen Zwecke, Raum für die Manipulationen mit Instrumenten zu sparen, bei ersterer mit der Absicht, nach Einstellung der Portio und der Applikation der Kugelzange die Röhre ohne Weiteres herausnehmen zu können. Doch damit erschöpfen sich die Angaben und, wie es scheint, auch

die technisch-therapeutischen Intentionen des damaligen Erfinders, so weit die Schlitze in Betracht kommen, während es sich im Übrigen im Gegensatze zu meinen Specula um einen sehr komplicirten Apparat handelt, der außerdem noch Einrichtungen aufweist, welche sowohl beabsichtigter, wie auch unfreiwilligerweise der von mir angestrebten ungestörten Bewegungsfreiheit für den Umgang mit den Instrumenten zuwiderlaufen. Dennoch bedaure ich sehr, die Veröffentlichung von Preiss nicht gekannt zu haben.

Zur Sache selbst habe ich noch Verschiedenes zu bemerken, und möchte ich mich zunächst gegen das Bestreben wenden, mit der Applikation eines Speculums zum Zwecke eines Eingriffes am Uterus eine Feststellung desselben mittels Fixirung der Kugelzange zu verbinden, wie es Weber in No. 46 erwähnt, eben so wie Preiss in seiner in der Deutschen med. Wochenschrift veröffentlichten Beschreibung. Ich halte eine derartige Fixirung des Uterus zu solchem Zwecke nicht für angebracht, sondern glaube, dass derselbe vielmehr frei beweglich sein und sich den an ihm vorgenommenen Manipulationen durch entsprechenden Wechsel seiner Richtung anpassen muss.

Die Fixirung, so weit sie durch die nur von der Hand gehaltene, jedoch eben auch gelenkte Kugelzange bewerkstelligt wird, ist keine starre, unnachgiebige; durch sie wird der Uterus nur dem Operateur zugewandt, sein Entweichen verhindert, und es wird so durch die entsprechend veranlassten Bewegungen des Uterus die gewünschte Anpassung seiner Haltung und Richtung gegenüber den an ihm arbeitenden Instrumenten so wie gegenüber den Zwecken und dem Gange der betreffenden Manipulationen erreicht.

Dem entsprechend sehe ich ein Wesentliches gerade in der ausgiebigen Weite der Schlitze des Speculums als auch in zweckmäßigen Bewegungen des Speculums selbst bei den Verrichtungen, bestehend besonders in Hebung und Senkung vom Damme fort und zu ihm hin, so wie in bald tieferer Einführung bald theilweisem Hervorziehen aus der Scheide. Freilich ist es bei diesen Aufgaben auch mit diesem Speculum etwas schwer, ganz ohne Assistenz fertig zu werden, und wer ohne solche in der Sprechstunde arbeitet, muss für etwas komplicirtere Eingriffe sich auf das Instrument eigens einarbeiten. Doch kann man ganz gut mit der linken Hand gleichzeitig die Kugelzange und Speculum regieren, indem man den Rand des letzteren mit dem Ulnarrande des kleinen Fingers oder der ganzen Hand gegen die Portio gedrängt hält. Gelegentlich kann man auch Speculum oder Kugelzange von der Pat. selbst halten lassen, und ihr, wenn nöthig, diese Gegenstände wieder aus der Hand nehmen.

Passt das Speculum genau in die Scheide, ist der Tonus derselben noch gut erhalten und zieht man die Portio nicht zu weit nach vorn und somit das Speculum heraus, so hält es sich auch von selbst in der Scheide. Jedenfalls ist Assistenz beim Schlitzspeculum leichter zu entbehren, bezw. wird die Assistenz weniger in Anspruch genommen als beim Rinnenspeculum, während es den stellbaren

Specula gegenüber die in meiner ersten Veröffentlichung erwähnten und einige weitere Vortheile aufweist, z. B. den besseren Schutz der hinteren Scheidenwand bei Ätzungen an Cervix und Portio.

Freilich sind auch der Leistungsfähigkeit der Schlitzspecula, besonders derjenigen mit engerem Lumen, Grenzen gesetzt. Es ist für alle technisch komplicirteren Fälle erforderlich, sich auf das Instrument einzuarbeiten; so ist es z. B. sehr schwer, hier noch den Fritsch-Bozeman'schen Katheter einzuführen, während die Anwendung der einfach gekrümmten Sonde und der Kugelzange ohne Weiteres möglich ist. Es sind dann gerade die doppelt geschlitzten Specula am Platze, welche neben anderen Schwierigkeiten auch denjenigen begegnen, die durch die doppelte Krümmung des Uteruskatheters erwachsen, wenn man sich gewöhnt hat, das Speculum abwechselnd entsprechend zu heben und zu senken oder die dem unteren Schlitze entsprechenden Stellen der Vaginalwand bezw. des Dammes mit dem Katheter zu verdrängen. Indessen ist bei engem Scheidenlumen auch bei allen anderen Instrumenten ein schwieriges Vorgehen.

Die Doppelschlitzspecula werden aus Metall gefertigt. Die Anfertigung aus Glas ist zwar ebenfalls möglich, begegnet aber (wie theilweise schon die Anfertigung der einfach geschlitzten) übermäßigen Schwierigkeiten, und die Zerbrechlichkeit ist hier zu groß. Auch die einschlitzigen Specula werden von der Firma jetzt aus Metall hergestellt. Eben so wird die Herstellung geschlitzter Specula aus Metall mit Fortlassung der hutkrempenförmigen Randbiegung, also in bloßer Röhrenform, zum Zwecke des bequemeren Transportirens und der Raumersparnis in Geburts- und Instrumententaschen jetzt in Angriff genommen.

Auch auf die zweckmäßige Benutzung der Schlitzspecula, aus Holz gefertigt, für die Vapokauterisation und auf die dadurch bedingte Erleichterung derselben möchte ich hier zugleich hinweisen. Man hat dann nur nöthig, an die Stelle des Schlitzes oder der beiden Schlitze feuchte Gaze zu appliciren, dieselbe zur Befestigung allerseits bis unter den Rand des Schlitzes führend, und eben so die bequem einzuhüllende Portio zu schützen, um jede nicht beabsichtigte Verbrennung auszuschließen.

Um die geschlitzten Milchglasspecula bei der Aufbewahrung möglichst vor dem Zerbrechen zu schützen und sie zugleich stets aseptisch zu halten, was für manche Fälle ihrer Anwendung nöthig ist, empfiehlt sich ein kreisrundes Gestell aus Holz oder Glas, der Hauptsache nach von 2 in gewisser Entfernung parallel über einander befindlichen Platten gebildet, mit je 3 korrespondirenden runden Ausschnitten, für die 3 Specula eines Satzes passend, analog den sonst länglichen Gestellen für Milchglasspecula und für Reagenzgläser. Dieser Specula-Aufsatz werde dann in ein mit antiseptischer Lösung gefülltes Standgefäß so eingesetzt, dass die Flüssigkeit den oberen Rand der Specula überragt.

---

1) **Pincus.** Die erste Sammelforschung und Weiteres zur Atmokausis und Zestokausis.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 261/62. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

Da der Vortrag auf der Münchener Naturforscherversammlung gehalten und im Centralblatte schon ausführlich besprochen wurde, erübrigt sich ein eingehendes Referat. Ref. will daher aus den Schlussfolgerungen nur das Wichtigste hervorheben. Die etwaigen Gefahren der Methode stehen in gar keinem Verhältnisse zum Nutzeffekte. Die Technik darf als gelöst betrachtet werden. Die besten Resultate werden erzielt ohne Narkose, zeitlich getrennt von der Abrasio, mit Dilatation und Cervixschutz. Eine Dosirung der durch den Dampf bewirkten Ätzung ist durchaus möglich; als Grundsatz gelte: möglichst kurze Dauer, möglichst hohe Temperatur (Maximum 115°). Bei jungen Frauen und nach Aborten empfiehlt sich kürzeste Dauer und lieber eine Wiederholung nach 4 Wochen. Das Verfahren ist unentbehrlich, wenn die Abrasio versagt, stellt überhaupt ein Specificum gegen uterine Blutungen dar, gleichviel welcher Provenienz. Die Obliteration darf nur erstrebt werden zur Umgehung einer indicirten Totalexstirpation, niemals zur Verhütung des Gebärmutterkrebses. Jedenfalls muss die Indicatio vitalis gegeben sein, denn es sind Fälle bekannt, in welchen die Folgen der Obliteration die Indikation zur Totalexstirpation und Kastration abgegeben. Die Atmokausis ist bei inoperablem Corpuscarcinom das beste, bisher bekannte Palliativum; auch hat sie sich zur Desinfektion des Cavum uteri unmittelbar vor der Totalexstirpation und abdominalen Operationen bewährt. Bei puerperaler Sepsis leistet sie im Anfangsstadium vortreffliche Dienste. Bei schwerer Allgemeininfektion bleibt sie wirkungslos. Submukös entwickelte Myome und maligne Neubildungen müssen von der Behandlung ausgeschlossen werden. Conditio sine qua non für die Anwendung ist absolutes Freisein der Adnexe. In suspenso bleiben akute gonorrhoische und andere akute Processe des Uterus.

In einem Nachtrage polemisirt Verf. noch gegen Flatau's Ausführungen in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Witthauer (Halle a/S.).

---

2) **O. v. Franqué** (Würzburg). Untersuchungen und Erörterungen zur Cervixfrage.

(Sep.-Abdr. aus der Festschrift der phys.-med. Gesellschaft in Würzburg 1899.) Würzburg, **Stuber's** Verlag, 1899.

Der Streit über das untere Uterinsegment ist noch immer nicht geschlichtet. Die Anschauungen stehen sich zum Theil auch heute noch trotz zahlreicher erschöpfender Arbeiten und sorgfältig untersuchter Präparate in manchen wesentlichen Punkten schroff und unvermittelt gegenüber. Das geht auch aus dieser Arbeit, in der sich v. F. polemisirend gegen Bayer wendet, deutlich hervor. Beide Autoren

haben schon mehrfach in dieser Frage das Wort ergriffen. Die vorliegende Kritik ist eine Antwort auf die letzte von Bayer's sehr bekannten und verdienstvollen Arbeiten (»Uterus und unteres Uterinsegment«), in der er eine große Anzahl mühevoller Muskelfasermessungen verwerthet hat, um die Beziehungen, welche zwischen Hypertrophie der Cervix und ihrer Entfaltung bestehen, klar zu legen. v. F. erwartet von diesen Messungen keine endgültige Entscheidung, hat sie aber ausgeführt, um einem Postulate Bayer's gerecht zu werden. Letzterer wies nach, dass bei unentfalteter Cervix eine Hypertrophie der Muskelfasern nicht nachweisbar ist, dass aber bei Theilnahme eines Abschnittes der Cervix am unteren Uterinsegmente ein solche Hypertrophie vorhanden sei. Die Cervix hypertrophirt, wächst und wird trotzdem nicht länger, also muss sie sich entfalten. Dagegen führt v. F. besonders Waldeyer's Ansicht an, dass die Hypertrophie der Cervixmuskulatur doch eine Größenzunahme und keine Entfaltung bedingt. v. F. kritisirt 2 Fälle von Bayer, die er als Paradigma für die normale und mangelnde Cervixentfaltung hingestellt hat und fordert den Nachweis, dass beide Cervix vor der Schwangerschaft gleich lang waren, dass bei beiden alle Muskelfasern gleich und wesentlich längsgerichtet sind und dass in beiden gleich viel Muskelfasern vorhanden sind. Seine Messungen führten v. Franqué zu dem Schlusse, dass an einem Präparate, in dem Bayer die Entfaltung der Cervix für mangelhaft erklärte, von einer fehlenden oder abnorm geringen Cervixhypertrophie keine Rede sei. Er giebt ferner eine sehr gute Abbildung eines 2. Präparates, an dem die nachträglich angestellten Muskelfasermessungen dasselbe Resultat hatten. Er betrachtet dasselbe als eine schöne Illustration der normalen Verhältnisse in der 3. Geburtsperiode, während Bayer gelegentlich der Demonstration desselben in Leipzig eine mangelhafte Entfaltung der Cervix vermuthete. In einem 2. Theile seiner Arbeit tritt v. F. den Anschauungen entgegen, die von Bayer bezüglich des muskulösen Aufbaues der Gebärmutter aufgestellt wurden, streift die Beziehungen von Cervix und Corpus uteri hinsichtlich der Hypertrophie und geht auf die Kritik Bayer's beziehentlich der Schleimhautverhältnisse eines Präparates ein, das in v. F.'s letzter Arbeit beschrieben war. Er wendet sich ferner gegen eine Wanderung des festen Peritonealansatzes im Sinne Bayer's und unterzieht am Schlusse der Arbeit ein eigenes Präparat und ein anderes von Bayer einer Besprechung, die in den letzten Arbeiten der beiden Autoren veröffentlicht und von Beiden verschieden beurtheilt worden sind.

Stoeckel (Bonn).

Schwangerschaft.

3) **A. Pollosson** (Lyon). **Über die Diagnose von Zwillingen bei gewissen Fällen von Hydramnios.**

(Lyon méd. 1898. September 4.)

P. glaubt, dass man auf Zwillinge schließen kann, wenn in einem stark hydramniotischen Uterus ein und derselbe Fötus bei oft wiederholten Untersuchungen in derselben Lage an derselben Stelle des Uterus fixirt angetroffen wird. Ob er darin mehr Erfahrungen hat, als seinen einzigen angeführten Fall, ist nicht ersichtlich.

Zeiss (Erfurt).

4) **Peters** (Wien). **Über früheste menschliche Placentation.**

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 1.)

5) **C. Ruge** (Berlin). **Bemerkungen zur frühesten menschlichen Placentation nach Hubert Peters.**

(Ibid.)

P. giebt hier eine kurze Darstellung seiner höchst wichtigen Befunde an einem Eichen, von 1,6 : 0,9 : 0,8 mm Durchmesser, das er in Braunschweig und Leipzig bereits demonstrirte. Da mittlerweile die ausführliche Monographie erschienen ist, so kann auf diese verwiesen und nur hervorgehoben werden, dass nach seinem Befunde das Ei sich in die Uterusschleimhaut einsenkt und durch seine Zotten diese später spaltet, so wie dass Rüge, entgegen seinem früheren ablehnenden Verhalten, sich mit den thatsächlichen Befunden nunmehr einverstanden erklärt, auch mit der Ableitung des Zottenepithels und Syncytiums vom Fötus. Dagegen ist er nicht mit allen Folgerungen von Peters einverstanden.

Roesing (Hamburg).

6) **N. H. Nikolić.** **Uterus duplex separatus mit Schwangerschaft in der rechten Gebärmutter und Abortus im 3. Monate.**

(Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 1899. No. 4. [Serbisch.])

N. wurde zu einer 20jährigen Frau gerufen, welche nach einem Abortus stark blutete. Er erfuhr von der Kranken, dass sie im 17. Lebensjahre die erste Menstruation bekam, und dass die Regeln immer mit starken Schmerzen und Erbrechen einhergingen. Vor 4 Monaten heirathete sie, in der ersten Nacht bekam sie ihre Menstruation, welche 4 Tage anhielt, sich nach 6 Tagen wiederholte und 4—5 Tage andauerte; seit dieser Zeit hatte sie (bis zum 7. März) keine Regeln. Sie hatte Beschwerden, doch weiß sie über dieselben nichts Näheres auszusagen, noch sie genauer zu bestimmen. Am 8. März Abortus. N. entfernte manuell die Placenta und fand eine Deviation des Uterus nach rechts und als er deren Ursache nachforschte, entdeckte er links neben dem Uterus einen Tumor, den er aber nicht bestimmen konnte, da Pat. schwach und anämisch, so wie in Folge der Schmerzen sehr unruhig war.

Nach 8 Tagen sah er die Frau wieder, untersuchte sie genau und fand, dass eine Vagina duplex, Hymen septus, so wie Uterus duplex separatus bestehe. Beide Uteri sind einer vom anderen durch einen bedeutenden Zwischenraum getrennt und von der Mittellinie seitlich abgewichen. Aus dem rechten Muttermunde floss blutiger Schleim, die linke Portio vaginalis war jungfräulich, der Muttermund sehr eng, in demselben ein weißer Schleimpfropf.

Dieser Fall ist nicht nur wegen seiner Seltenheit interessant, sondern auch, weil die übersehene Gravidität Ursache einer falschen Erklärung der Beschwerden war, wie auch des diagnostischen Irrthums, dass neben dem Uterus ein Tumor bestehe, welcher die Beschwerden verursache. Die irrige Diagnose zog nach sich falsche Indikationen (der Pat. wurde auch eine Operation vorgeschlagen). Die rechte Vagina war breit, desswegen kam bei der Untersuchung der Finger sofort in dieselbe. Desswegen empfiehlt N., jede gynäkologische Untersuchung mit einer

Inspektion zu beginnen, indem man die kleinen Schamlippen mit den Fingern bei Seite schiebt, so dass der Introitus klafft. **v. Cačković** (Agram).

7) **Sara Welt-Kakels** (New York). Bericht eines Falles von Schwangerschaft bei Uterus duplex.

(New Yorker med. Wochenschrift 1898. No. 3.)

Bei einer sterilen Frau fand sich doppelter Introitus, Theilung der Scheide durch ein Septum, doppelte Portio vaginalis, beiderseits klein, mit engem Muttermunde, 2 Uteri, beide anteflektirt, klein und schwach entwickelt, der rechte weit kleiner und dünnwandiger als der linke. Auch die rechte Scheide ist enger als die linke, immerhin aber für 2 Finger durchgängig. Jeder Uterus ist für sich beweglich, zwischen beiden besteht ein Zwischenraum, selbst noch im Cervicaltheile, welchen man bei bimanueller Untersuchung nach Einführung von Sonden in die Uteri deutlich fühlen kann. Hymen beiderseits lacerirt. Die Behandlung bestand in leichter Erweiterung des Cervicalkanals und Applikation des faradischen Stroms zur Kräftigung der Muskulatur des linken Uterus; später wurde, da hiernach die menstruellen Schmerzen nicht beseitigt wurden, ein intra-uterines Stäbchen in den linken, stark geknickten Uterus eingeführt. Etwa 1 Jahr später trat in diesem Schwangerschaft ein, Menses blieben auf beiden Seiten aus, der rechte, nicht gravide Uterus hatte nur wenig an Größe zugenommen. Die Entbindung erfolgte rechtzeitig und rasch, Steißlage, Wochenbett normal; ob aus der leeren Gebärmutter eine Decidua ausgestoßen wurde und ob auch in ihr Wehenkontraktionen auftraten, war nicht festgestellt worden. Bei späterer Untersuchung fand sich das Septum der Scheide bis auf wenige Reste zerstört, nur ein Scheideneingang; die vorhandene Scheide ist geräumig, der linke Uterus ist erheblich größer geblieben. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

8) **H. Salus** (Prag). Masern in der Schwangerschaft.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 17.)

Aus der Litteratur stellt S. fest, dass bei 13 Frauen 10mal die Unterbrechung der Gravidität in Folge von Masernerkrankung eintrat, meist im Blüthestadium des Exanthems. Masern sind mithin in Bezug auf die Austragung der Früchte eine gefährliche Komplikation. Auch in einem Falle von Masern, den S. beschreibt, trat am 6. Tage der Erkrankung nach kurzer Wehenthätigkeit eine spontane Frühgeburt ein, 6 Wochen vor dem Ende der Schwangerschaft. Placenta nach $1/2$ Stunde spontan. Wochenbett glatt. Das 2600 g schwere Kind zeigte weder nach der Geburt, noch später Morbillen; wie überhaupt die Übertragung der Krankheit im Mutterleibe zu den größten Seltenheiten gehört (es sind nur 6 sichere Fälle dieser Art von Ansteckung bekannt). An der mütterlichen Fläche der Placenta fiel die Anwesenheit flächenhafter, nicht wegwischbarer Gerinnsel auf, auch an den Eihäuten, und zwar an der Decidua, saßen theils flächenhafte, theils tumorartige, letztere bis zu Hühnereigröße, entwickelte Blutgerinnsel festhaftend auf, ließen sich jedoch von Nebenplacenten, denen sie sehr ähnlich waren, sofort durch den Mangel an Blutgefäßen unterscheiden. Mikroskopisch handelte es sich um Blutungen in die spongiöse Schicht der Decidua mit starker Dilatation der Gefäße, dagegen waren Zeichen von Entzündung nirgends nachzuweisen. Im Gegensatze zu Klotz, in dessen 3 Fällen die Wehenerregung durch eine Endometritis exanthematica ausgelöst wurde, fand sich also in diesem Falle nicht eine specifische Endometritis, sondern Blutungen zwischen Ei und Uteruswand dürften die Ursache der Schwangerschaftsunterbrechung gebildet haben. Thatsächlich bestand auch keine Spur eines Katarrhs. **Piering** (Prag).

9) **Rebreyend et Barbarin.** Plaie pénétrante de l'abdomen chez une femme enceinte de trois mois.

(Indépendance méd. 1899. No. 12.)

Im August 1898 wurde in Tuffier's Hospitalklinik eine Frau gebracht, welche vor einer Stunde angeschossen worden war. Der Schuss, von einer Revolver-

kugel kleinen Kalibers herrührend, war im linken Hypochondrium eingedrungen. Keinerlei Anzeichen einer Peritonitis bislang. Bauchschnitt anderthalb Stunde nach der Verletzung, bei mäßigem Schmerze in der Gegend der Leisten und der rechten Fossa iliaca. Als Indikation zur Operation diente die Richtung des Geschosses. Der Bauchschnitt musste oberhalb des Nabels gemacht werden, aus Rücksicht auf den schwangeren Uterus, welcher die Operation sehr erschwerte. Es fanden sich 8 Verletzungen des Dünndarms, welche sämmtlich vernäht wurden, es war absolut keine Spur von Darminhalt in die Bauchhöhle ausgetreten! Am linken Musculus psoas fand sich ein Hämatom, welches zunächst den Eindruck eines Aneurysmas machte — es handelte sich um fortgeleitete Pulsation von der Aorta aus. Die Kugel wurde nicht gefunden, wahrscheinlich war sie in dem Musculus psoas stecken geblieben. Die Frau genas nach der Schussverletzung. 3 Wochen später erfolgte ohne irgend welche Vorboten ein Abort, die Frau wurde binnen Kurzem geheilt aus dem Spital entlassen. [Ref. reihte diese Beobachtung als 13. den schon von ihm berichteten 12 Fällen von Bauchschuss während der Schwangerschaft an.] **F. Neugebauer** (Warschau).

10) **Jess.** Komplikation chronischer Herzklappenfehler mit Gravidität.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 40 u. 41.)

Verf. verfügt über ein selbst beobachtetes Material von 29 Fällen mit 114 anamnestisch festgestellten Geburten. Aus den genau gegebenen Krankengeschichten geht hervor, dass nur ein einziger Fall letalen Ausgang in Folge der Komplikation nahm, eine auffallende Thatsache, welche im Widerspruche mit den Beobachtungen anderer Autoren zu stehen scheint, wie aus der beigegebenen Zusammenstellung seiner Fälle hervorgeht. Verf. giebt jedoch hierbei zu bedenken, dass klinische Aufnahme speciell die schwersten Fälle finden, Fälle, die vielleicht auch ohne obige Komplikation hätten tödlich enden können.

In dem einen letal verlaufenen Falle handelte es sich um Mitralstenose und Myokarditis, der Exitus trat am 17. Tage post partum ein. Die während der letzten (V.) Gravidität aufgetretenen bedrohlichen Erscheinungen der Cyanose, Dyspnoë, Stauungsbronchitis waren erfolgreich mit Digitoxin behandelt worden. Die Geburt selbst verlief rasch und gut und es bestand post partum subjektiv und objektiv günstiges Befinden, welches jedoch am 17. Tage plötzlich durch hochgradigste Dyspnoë unterbrochen wurde, welcher nach wenig Stunden der Exitus folgte.

Eine Betrachtung der zur Verfügung stehenden Fälle ergiebt, dass bei leichten, gut kompensirten Herzfehlern die Geburt in der Regel gut vertragen wird. Bei den schweren inkompensirten Herzleiden, vor Allem bei Mitralstenose richtet die Schwangerschaft zweifellos Schaden an, indem die Kompensationsstörung wächst und trotz sorgfältigster Pflege und Behandlung nicht zum Rückgange gebracht werden kann.

Die Angabe Spiegelberg's, dass besonders leicht Aortenfehler in der Schwangerschaft zu Cirkulationsstörungen führen, wird durch die betreffenden 6 Fälle J.'s nicht bestätigt.

Zum Schlusse giebt Verf. noch Rathschläge über die Behandlung von herzkranken Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

11) **van der Hoeven** (Amsterdam). Hydrorrhoea gravidarum.

(Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaecol. 10. Jahrg. No. 1.)

Verf. hatte kurz nach einander folgende Fälle zu beobachten Gelegenheit.

1) Pat. A., 24 Jahre, Ipara, Menses immer normal, nie krank. Im 5. Monate plötzlich während Defäkation Abgang einer klaren gelben Flüssigkeit (theilweise aufgefangen, aus Versehen nicht mikroskopisch-chemisch untersucht). Harn normal. Fundus immer höher als der Zeit der Schwangerschaft entsprach, schon vom 3. Monate ab. — Uterus weich. Vom Kinde bis zum Ablaufen der Flüssigkeit nichts zu fühlen. Nach diesem Ereignis Schwindelanfälle der Pat. abgenommen.

Täglich und fast ununterbrochen Abgang von Flüssigkeit bis zur Geburt, p. partum nie mehr. Geburt ohne Blutung, Placenta leicht gelöst.

2) Pat. B. im 7. Monate. Wasserabgang bei Bettruhe Nachts, sonst gesund. Seitdem jeden 2.—3. Tag Abgang von Flüssigkeit in großen, sonst in kleinen Quantitäten. Kreuzschmerzen vor jeder Entleerung. Keine Therapie. 4 Wochen nach Beginn der Erscheinungen Geburt eines für 8 Monate gut entwickelten Kindes. Blasensprung im Beginne der Geburt. Keine Nachblutung. Nach der Geburt keine Flüssigkeit mehr abgegangen. Harn war normal.

3) Pat. C., 25jährige IIpara. Leichte Abweichungen in den Lungen. Einmal Hämoptoë. Menses normal, auch der Harn. Im 6. Monate Abgang von Flüssigkeit bei der Arbeit, seitdem in Intervallen von 3 Wochen noch 2mal, jedes Mal mehr als zuvor. Schmerzen in den Intervallen. Ruhe, Jod. Kal. 3 g p. die. Anfangs guter Erfolg, später nicht vertragen. Erfolg im Allgemeinen gering. Allgemeinzustand stark zurückgegangen. Blasensprung bei Muttermundserweiterung groß genug, um den Kopf durchtreten zu lassen. Kind schwach, lebt. Placenta löst sich leicht, keine Nachblutung. In den letzten Tagen vor der Geburt subfebril.

Verf. bespricht die klinischen Erscheinungen der Hydrorrhoe im Allgemeinen und in diesen Fällen. Leichte Grade der Krankheit werden wahrscheinlich verkannt. Die von Pat. C. entleerte Flüssigkeit wurde chemisch und mikroskopisch untersucht. Reaktion amphoter (wahrscheinlich alkalisch geworden durch Fäulnis) nach 24 Stunden, 1002 spec. Gew., kein Eiweiß, Zuckerproben (Kali und $CaSO_4$, Nylander, Gärungsprobe) positiv, also reducirender Stoff in kleinen Quantitäten. Wenig Leuko- und Chromocyten, Vaginalepithelien. Keine Urate, Oxals. Kalk, Cystine, Leucine, Tyrosine. Wahrscheinlich aber 3basiger phosphorsaurer Kalk in amorphem Zustande.

Die Flüssigkeit ist kein Fruchtwasser, weil Eiweiß fehlt. Keine Allantoisflüssigkeit, weil Harnbestandtheile nicht gefunden wurden. Transsudat vom Fruchtwasser kann es auch nicht sein, weil er dann Eiweiß enthalten sollte. Also entweder ist es sonst nicht gebildete oder aber normale sonst durchgelassene, jetzt zurückgehaltene, zwischen den Eihäuten oder zwischen diesen und Uteruswand sich anhäufende Flüssigkeit.

Verf. meint, dass wenn diese Flüssigkeit von der Uteruswand (Drüsen, Gefäßen, geliefert wird, der Beweis fehlt, dass sie von den eventuell veränderten Eihäuten zurückgehalten (nicht durchgelassen) wird, und dass so auch nicht die Hydrorrhoe post partum erklärt werden kann. Die beschriebenen Fälle von Hydrorrhoe post partum sind aber nicht sicher.

Verf. untersuchte die Nachgeburten in den 3 beschriebenen Fällen, makroskopisch war nichts Besonderes nachzuweisen, auch keine Löcher in den Eihäuten. Mikroskopisch fand er — im Vergleich mit zahlreichen anderen, von den meist verschiedenen Geburtsfällen herstammenden Placenten — hauptsächlich abnorme Leukocyten und deren Detritus im Amnionbindegewebe; auch die Leukocyten der Decidua waren verändert. Verf. glaubt nicht, dass hier Entzündung vorliegt, von der die Flüssigkeit der Ausdruck sein könnte, denn die Flüssigkeit enthält kein Eiweiß, es fehlen die isolirten Leukocyteninfiltrate, es fehlt auch die Gefäßerweiterung. Für die Auffassung eines Transsudats fehlt die Stauung.

Also wahrscheinlich hat man es hier zu thun mit dem von der Mutter gelieferten Theile des Fruchtwassers, in abnormer Quantität gebildet oder von den Eihäuten zurückgehalten.

Die Prognose ist günstig für die Mutter, für das Kind nicht, weil die Geburt meist zu früh stattfindet. Therapie ist nicht viel nöthig. Bettruhe scheint der Frühgeburt vorbeugen zu können. **Semmelink** (Leiden).

12) **F. Commandeur** (Lyon). Beitrag zu den rhythmischen Bewegungen des Fötus.

(Lyon méd. 1898. Juli 24.)

Sie werden am stärksten an der Basis des fötalen Thorax wahrgenommen, nehmen nach dem Steiße hin ab. Sie bestehen in kurzen, brüsken, deutlich krampf-

artigen Erschütterungen, die, sich alle 2—4 Sekunden wiederholend, in Serien von 5—10 Minuten Dauer auftreten. Nach seinen Beobachtungen ist Verf. am meisten geneigt, diese Bewegungen auf Zwerchfellkontraktionen zurückzuführen, in ihnen einen Singultus foetalis zu sehen, schließt sich also damit Ahlfeld's Ansicht an.

Zeiss (Erfurt).

13) **Fabre** (Lyon). Die Veränderungen der Tuben während der Schwangerschaft.

(Lyon méd. 1898. Juli 31.)

Während der Gravidität hypertrophirt das Bindegewebe der Submucosa in beträchtlichem Maße, Zahl der Bindegewebszellen und Dimension der Kerne nehmen stark zu, sie nehmen epithelioiden Charakter an; Blut- und Lymphgefäße erweitern sich. Auch die Muskulatur participirt an der allgemeinen Hypertrophie. Die Flimmerzellen gehen zu Grunde. Das Lumen der Tube wird erheblich verengt. Nach der Entbindung »verschwindet die ganze Schleimhaut der Tube«, das Kaliber nimmt wieder zu, das Lumen ist mit degenerirten Zellen ausgefüllt, das Bindegewebe zerklüftet und zerfällt. Wenige Tage nach der Entbindung erscheint dann auf der freien Schleimhaut ein völlig neues, gleichsam ein Ersatzepithel.

(Die ganze Mittheilung ist nur äußerst kompendiös gehalten. Ref.)

Zeiss (Erfurt).

14) **Plauchu et Gallavardin** (Lyon). Zwei Fälle von Typhus der Mutter ohne Seroreaktion beim Fötus.

(Lyon méd. 1898. Juli 31.)

Die bisher in der von den Verff. herangezogenen (französischen) Litteratur veröffentlichten Beobachtungen haben widersprechende Resultate ergeben. Auch bei ganz einwandfreien Untersuchungen stehen sich positive und negative Resultate gegenüber. Die Verff. theilen 2 Impfversuche ebenfalls negativen Resultats mit. Der Frage der Ursache dieser verschiedenen Impferfolge traten sie nicht näher.

Zeiss (Erfurt).

15) **Maiss.** Retroflexio uteri gravidi partialis; Spontanruptur bei der Geburt.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 1.)

M. berichtet über einen sehr interessanten Fall bezeichneter Art aus der Hebammenlehranstalt in Breslau. Die Diagnose der partiellen Retroflexion sub partu war leicht zu stellen. Der Muttermund befand sich fingerbreit oberhalb der Symphyse, die hintere Lippe ging in die das hintere Gewölbe und den oberen Theil der Scheide ausfüllende Aussackung der hinteren Gebärmutterwand über. Nach Erzielung besserer Wehen trat der bei zweiter Schädellage nach links abgewichene Kopf in den Beckeneingang und die hintere Lippe verstrich. Bei fühlbarer vorderer Lippe kam es nun zur spontanen Ruptur im linken unteren Uterinsegmente. Die Sektion zeigte, dass kolossale alte Verwachsungen und Pseudomembranen die Adnexe umgeben und besonders rechts hinten vom Corpus nach dem Douglas hinzogen. Der auf diese Weise veränderte Fruchtachsendruck, welcher sich von rechts hinten nach links vorn richtete und die am Präparate nachweisbare allgemeine Dehnung der vorderen Uteruswand gegenüber der hinteren mögen zur Erzeugung der Berstung zusammen beigetragen haben. Auffällig war ferner bei der Sektion die scharfe Scheidung des kontrahirten Muskelantheils vom unteren Segmente durch einen nach innen scharf vorspringenden Wulst — den Grenzring, der jedoch auch schon von Anderen am frischen Präparate deutlich beobachtet werden konnte. Erstaunlich ist es, dass in diesem Falle, bei dem so mächtige Verwachsungen bestanden, die Schwangerschaft ununterbrochen verlief und auch noch vor der Ruptur mit natürlichen Kräften die ausgesackte Wand reponirt und der Kopf ins Becken getrieben wurde. 2 Photogramme zeigen Uterus, Verwachsungen und Ruptur.

Courant (Breslau).

16) **Gottschalk.** Zur Lehre von den Hämatommolen bezw. dem sog. tuberösen, subchorialen Hämatom der Decidua.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 1.)

In dem bekannten Streite zwischen Breus und Neumann über die Natur der tuberösen subchorialen Hämatome in den Hämatommolen nimmt G. auf Grund eines Falles, den er des genaueren in dieser Arbeit beschreibt, in so fern für Breus Partei, als auch er in dem primären Fruchttode die Ursache der Hämatombildung sieht, während Neumann umgekehrt den Tod der Frucht als Folge der Blutungen betrachtet. In den Fällen von Breus, Walter und Delbanco wurden die Chorionzotten gefäßlos vorgefunden, und gleichzeitig das krasse Missverhältnis zwischen Größe des Fötus und dem faustgroßen Eisacke gleichmäßig hervorgehoben. Breus ist der Ansicht, dass die vermissten Gefäße der Verödung anheimgefallen seien, G. dagegen kommt zu dem Schlusse, dass wahrscheinlich in Folge insufficienter Herzanlage die Placentarvaskularisation gar nicht zu Stande gekommen sei. Weiter nimmt er an, dass auch unter diesen Umständen ein beschränktes Weiterwachsen des Chorioamnions möglich sei, welches in dem nicht mitwachsenden, kontrahirten Uterus zur Faltenbildung der Eihüllen in die Eihöhlung führen müsse. So werden Räume angelegt, in welche das mütterliche Blut eindringe, und welche es zu den bekannten, an der Basis eingeschnürten Protuberanzen ausdehne, in denen es nach und nach zur Gerinnung des Blutes komme. Die Abhebung der Membrana chorii macht allemal da Halt, wo von ihr eine Stammzotte abgeht, die man denn auch immer als Begrenzung der Basis solcher Vorbucklungen vorfindet. Das Charakteristische des Befundes liegt nicht in den Protuberanzen und ihrer Form, das Wesen dieser Hämatommolen wird vielmehr klargestellt durch die Kleinheit des Fötus, der spätestens in der 4. Woche abstirbt, und durch die Gefäßlosigkeit der Zotten. Neumann's Fälle gehören daher nicht in die geschilderte Gruppe von Hämatommolen.

Courant (Breslau).

17) **H. Delore** (Lyon). Chorion und Thrombose.

(Lyon méd. 1898. Juni 12.)

In Poncet's Laboratorium machte D. eine Anzahl Präparate, in denen er das Chorion injicirte, die Zotten abschabte und die Membran über einen Drahtring spannte. Zahlreiche Illustrationen — photographische Bilder von der Fläche oder durchscheinend entnommen — demonstriren das Verhältnis der Gefäße zu dem sogenannten Thrombus albus, wie das Chorion und die Struktur der Placenta durch denselben verändert wird. Die Studie hat mehr anatomischen Werth, indem bei sonst gesunden Verhältnissen diese Veränderungen die Ernährung und das Wachsthum des Kindes kaum beeinträchtigen. **Zeiss** (Erfurt).

18) **L. Gallavardin** (Lyon). Polyneuritis in Folge von Parotitis während der Schwangerschaft.

(Lyon. méd. 1898. September 25.)

Mitte des 8. Schwangerschaftsmonats acquirirt eine 30jährige Primipara eine doppelseitige Parotitis mäßigen Grades; bald eben so der Gatte. Am 8. Tage der Erkrankung folgt plötzlich Jucken über den ganzen Körper, sich allmählich verstärkende Schmerzen, Parese, dann Paralyse fast des ganzen Rumpfes und aller 4 Extremitäten, mit ataktischen Erscheinungen, kurz ausgesprochene Polyneuritis, deren Einzelerscheinungen hier nicht geschildert zu werden brauchen. Schließlich enorme Auftreibung des Unterleibes mit häufigen Erstickungsanfällen, was, im Verein mit der zunehmenden Prostration der Kräfte, Verf. veranlasst, die künstliche Frühgeburt einzuleiten; Geburt rasch, Forceps im Beckenausgange, lebendes Kind, das aber bald nachher stirbt. Bemerkenswerth war, dass die Frau von Beginn der Neuritis an die sicht- und tastbaren Kindsbewegungen nicht mehr spürte, auch bei der Geburt fast keine Schmerzen empfand, aber heftig mitarbeitete. Nach der Entbindung sehr langsame Besserung.

Verf. tritt der Annahme entgegen, dass es sich hier etwa um eine der sonst in der Schwangerschaft vorkommenden Polyneuritiden gehandelt habe. Das diesen vorhergehende unstillbare Erbrechen habe vollständig gefehlt und außerdem sei die Neuritis am 8. Tage der Parotis ausgebrochen, genau dem Termine, zu welchem andere, häufiger vorkommende nervöse Störungen im Verlaufe der Parotis einzutreten pflegten. **Zeiss** (Erfurt).

19) **C. Vinay** (Lyon). Diabetes insipidus und Schwangerschaft.

(Lyon méd. 1898. November 27.)

I. 32 Jahre, IIpara, erstes Kind vor 4 Jahren.

Vor 3 Jahren zeigten sich, nach einem heftigen Schreck, die ersten Spuren des Diabetes, der aber erst seit 2 Jahren hochgradig wurde, so dass die Urinmenge 24 und 25 Liter den Tag erreichte — reine Hydrurie. Die Menses wurden hierdurch in keiner Weise beeinflusst und die Frau zum 2. Male gravid. Im Verlaufe der Schwangerschaft lässt die Menge des Urins bis auf 5—6 Liter nach. Geburt erfolgt rechtzeitig, das Wochenbett verläuft zunächst absolut normal, bis am 13. Tage plötzlich die Erscheinungen einer doppelseitigen, embolischen Pneumonie einsetzen, welcher die Frau am 29. Tage post part. erliegt.

IV. 26 Jahre, Vpara. Die 5. Gravidität beginnt, während sie stillt, und scheint, als die Krankheit beginnt (ebenfalls nach heftiger Gemüthserregung), 4 Monate alt zu sein. Im 7. Monate etwa kommt die Kranke in Behandlung und zeigt 12 Liter tägliche Urinmenge, ebenfalls reine Hydrurie ohne Vermehrung der festen Bestandtheile. Um diese Zeit traten heftige Verdauungsstörungen ein, Brechen, Diarrhöen, mit heftigen neurasthenischen Begleiterscheinungen, die, zu einer erheblichen Verminderung des Körpergewichts führend, den ganzen Rest der Gravidität andauern. Am rechten Termine rasche, spontane Geburt. Das elende Kind starb 14 Tage post part. Die Mutter schien sich nach der Entbindung zunächst zu erholen, die Ernährung hob sich und die Urinmenge fiel. Aber nach einigen Monaten entwickelte sich Tuberkulose und 15 Monate post part. erfolgte Exitus. Obgleich zur Epikrise Veröffentlichungen von M. Duncan, Benett, Dodd und Esterle herangezogen (wie viel Fälle, ist nicht ersichtlich, Ref.) werden, ergiebt sich doch, dass bis jetzt weder Betreffs des Einflusses des Diabetes insipidus auf die Schwangerschaft, noch umgekehrt Sicheres sich abstrahiren lässt. In vorstehenden beiden Fällen ließ allerdings die Urinmenge während der Gravidität nach und trat die Geburt erst am rechtzeitigen Ende ein. Prognostisch scheinen, trotz Verf.'s gegentheiliger Erfahrung in seinem 2. Falle, die sogenannten recidivirenden Fälle, die wiederholt erst mit der Gravidität beginnen, günstiger zu sein. Im Allgemeinen aber sei bisher die Prognose zu günstig gestellt worden. Eine specielle Behandlung scheint Verf. nicht viel zu versprechen. **Zeiss** (Erfurt).

20) **H. Cramm.** Über Lungenembolie im Anschlusse an Gravidität, Partus, Puerperium und Sexualerkrankungen.

Inaug.-Diss., Berlin.

Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, über die Embolie, ihre Ursachen, Symptome, Prophylaxe, Therapie zu sprechen, wenn sie in der Schwangerschaft, Geburt, im Wochenbette und bei Erkrankungen resp. nach Operationen am weiblichen Sexualapparate auftritt. Die dem Verf. zur Verfügung stehenden Fälle theilt er in 2 Gruppen ein. Die 1. Gruppe enthält 11 Fälle, bei denen die Embolie in der Gravidität, Geburt oder Wochenbett aufgetreten ist. Die 2. Gruppe (18 Fälle) behandelt die Embolie im Anschlusse an pathologische Vorgänge im weiblichen Sexualapparate. Was die Prognose anbetrifft, so ist dieselbe abhängig zunächst vom Sitze der Thromben und ihrer Symptome. Sie ist am günstigsten, wenn der Thrombus in den Venen der unteren Extremität sitzt. Ungünstig sind die Fälle von Thrombose der Beckenvene. Die Therapie hat in erster Linie in kräftiger Anregung der Herzthätigkeit zu bestehen. Die Arbeit bietet viel Interessantes.

R. Biermer (Wiesbaden).

Verschiedenes.

21) O. Schultze (Würzburg). Über den Einfluss des Luftmangels auf die erste Entwicklung des Eies.

(Verhandlungen der phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg N. F. Bd. XXXII. No. 5.)

Verf. weist durch sehr einfach aber sinnreich angeordnete Versuche nach, dass die Eier von Rana fusca zu ihrer Entwicklung, und zwar schon zur ersten Furchung, eines relativ großen Sauerstoffquantums (bezw. reichlicher Ventilation) bedürfen, während Ventilationsmangel Stillstand der Entwicklung und auch bei nachträglicher Verbesserung der Ventilation noch dauernde Schädigungen bedingt. S.'s auf dem Princip der Konkurrenz der (in dünnen Flüssigkeitssäulen eingeschlossenen) Eier fußenden Versuche scheinen beweisender als die rein chemischen.

Buecheler (Frankfurt a/M.).

22) H. Kisch (Prag-Marienbad). Herzbeschwerden durch Erkrankungen des weiblichen Genitale.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 19.)

Während bei Erkrankungen der Vulva und Vagina (Kolpitis, Leukorrhoe, Prolaps) nur sehr selten Herzbeschwerden vorkommen, sind solche häufig bei Leiden, welche 1) eine Zerrung oder Verlagerung der Ovarien bedingen oder 2) wo wesentliche Störungen der Menstrualthätigkeit vorhanden sind. Diese beiden Momente sind nach K.'s Beobachtungen ausschlaggebend, um »uterine Herzstörungen« hervorzurufen. Der Anreiz, welcher bei diesen Genitalleiden (chronische Oophoritis, Tumoren der Ovarien, Strukturveränderungen des Uterus mit Versionen desselben, massige Exsudate mit gleichzeitiger Kompression des Uterus und seiner Adnexe) auf das Herz ausgeübt wird, scheint also direkt von dem Ovarium auszugehen (trotzdem spricht K. nur von »uterinen« Herzbeschwerden, Ref.); die Erklärung dieser Reflexvorgänge stützt sich auf die Anwesenheit eines Ganglion in der Zona vasculosa des Ovariums (Winterhalter). Die Wirkung dieses auf die Herz- und Gefäßnerven reflektirten Ovarialreizes äußert sich theils als Tachykardie, theils als vasomotorische Störungen (Hitzegefühl, Wallungen, Schweißausbrüche), beides durch Centren im Rückenmarke geleitet, theils als Schmerzen in der Herzgegend oder längs gewisser Blutgefäße; Irradiationserscheinungen, die durch das Bewusstsein auf verschiedene Bezirke des Sympathicus lokalisirt werden. Die häufigste Form sind tachykardische Anfälle, sie treten ganz unregelmäßig meist prämenstruell auf, sind sehr beängstigend, geben aber bei Besserung des Grundleidens eine günstige Prognose, zuweilen übte schon die systematische Anwendung leicht purgirender Mittel bei geeigneter Diät und fleißiger Bewegung einen guten Erfolg. Ernstere Störungen (gleichfalls bei intaktem Herzen) in Folge schwerer Genitalleiden sind die in verschiedenen Intervallen plötzlich eintretenden Anfälle von Angina pectoris, welche stürmisch verlaufen, mehrere Stunden andauern können, ganz der wahren Angina pectoris gleichen und eine wesentliche Beeinträchtigung des Gesammtorganismus herbeiführen. »Der konstant erhöhte Blutdruck und die Zeichen desselben im Gefäßsysteme kann differentialdiagnostisch als unterscheidendes Symptom für die wahre Angina pectoris gelten, die Arhythmie des Pulses und das systolische Geräusch als differentiell für die als Asystolie bezeichnete akute Herzinsufficienz.« Nach Ausführung des für das Grundleiden indicirten Eingriffs, auch nach Eintritt der Konception bleiben die Anfälle vollständig und dauernd aus. Schließlich erwähnt K. die bei Myomen oft schon sehr frühzeitig eintretende Herzdegeneration.

Piering (Prag).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. Sonnabend, den 27. Januar. **1900.**

I. Totalexstirpation von Scheide mit Uterus wegen Carcinom.

Von

A. Sippel in Frankfurt a/M.

Der primäre Krebs der Scheide ist eine seltene Erkrankungsform. J. Veit weist in seinem Handbuch darauf hin, dass die bekannt gewordenen Fälle so wenig zahlreich seien, dass sie noch nicht einmal zu einer statistischen Bearbeitung genügt hätten. Wenn schon der primäre Scheidenkrebs überhaupt nicht häufig auftritt, so sind diejenigen Fälle noch erheblich seltener, bei denen er sich über eine große Fläche der Vagina ausgebreitet findet oder sie in weiter Aus-

dehnung zu einem starren infiltrirten Rohr umwandelt. Auch nachdem das Interesse für dieses Leiden durch den in der 1894er Decembersitzung der Berliner gynäkologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag Olshausen's (veröffentlicht in No. 1 des Centralblattes 1895) in erhöhtem Maße geweckt worden war, sind die dahin gehenden Mittheilungen nur sehr spärlich geflossen. Darin liegt wohl auch die Ursache, dass bisher eine als allgemein gültig zu bezeichnende Operationstechnik bei diesem Leiden noch nicht besteht. Im Folgenden möchte ich mir erlauben, der geringen Zahl der bis dahin veröffentlichten Fälle von operativ behandeltem ausgedehntem Scheidenkrebs eine weitere Beobachtung hinzuzufügen.

Eine 64jährige, seit 15 Jahren im Klimakterium stehende Frau klagt seit 2 Jahren über starken Ausfluss, der in letzter Zeit übelriechend und ätzend geworden ist. Die Scheide ist, nur wenige Centimeter über dem Introitus beginnend, in einen starren Cylinder umgewandelt, dessen ulcerirte Oberfläche ein reichliches, missfarbiges, übel riechendes Sekret liefert. Das Lumen der Scheide ist in diesem infiltrirten Abschnitte so sehr verengt, dass man den untersuchenden Finger nur unter gewaltsam bohrenden Bewegungen hätte hineindrängen können. Dies unterbleibt, um nicht Wunden und bei der Sekretbeschaffenheit wohl unausbleibliche infektiöse Vorgänge zu veranlassen. Vom Mastdarm aus fühlt man die ganze Scheide in einen cylindrischen harten Tumor umgewandelt, der indessen gegen die Umgebung verschiebbar ist. Nach oben geht der Tumor unmittelbar in den kleinen Uterus über. Die Parametrien sind frei.

Nach mehrtägiger Desinfektion der Vagina durch sehr ausgiebige Lysolspülungen gestaltet sich die Operation folgendermaßen: Incision von der linken Seite des Introitus vaginae ausgehend, etwas hinter deren Mitte beginnend, in der Mitte zwischen Anus und Tuber ischii nach hinten außen verlaufend, die Höhe der Analöffnung nach hinten um 3—4 cm überragend. Hierdurch wird die Haut mit dem unterliegenden Gewebe durchtrennt und das linke Cavum ischio-rectale breit geöffnet. (Die linke Seite liegt dem rechtshändig Operirenden bequemer.) Ligatur der blutenden Gefäße. Auseinanderziehen der Wundränder. Mühelose stumpfe Ablösung der linken und hinteren Vaginalwand von ihrer Umgebung mit dem Finger, nach oben bis zum Durchtritte durch den Levator ani, nach unten bis an den Introitus. Abtrennen der Vagina im Introitus in ihrer hinteren Peripherie mit Schere auf dem von der Hautwunde aus hinterliegenden Finger. Ligatur der hierbei getroffenen Endäste der Hämorrhoidalis media und Pudenda interna. Vollendung der Abtrennung des Vaginalansatzes am Introitus durch eine 1 cm über der Harnröhrenmündung quer durch die vordere Scheidenwand laufende Incision, welche die beiderseitigen Enden des hinteren Ablösungsschnittes vereinigt. Das nunmehr völlig freie untere Ende des Vaginalrohres wird mit 2 großen Klemmen abgeklemmt und nach unten angezogen, während gleichzeitig der vordere Rand der ganzen Incisionswunde nach vorn, der hintere mitsammt dem Rectum nach hinten aus einander gezogen wird. Dadurch erlangte man einen vollkommen freien Einblick in die anatomischen Verhältnisse des kleinen Beckens, der um so ausgedehnter wurde, je weiter die Auslösung der Scheide nach oben fortschritt. In der linken und rechten vorderen Ecke spannen sich die Gewebsfalten, welche die Äste der A. vesicalis inferior zur Scheide führen. Sie werden ligirt und durchtrennt. Jetzt kann man das gesammte Vaginalrohr außerordentlich leicht von seinen Verbindungen mit Urethra und Blase ablösen und die Blase mit den Ureteren hoch hinauf zurückschieben. Der ganze Beckeninhalt liegt in der weit aus einander gezogenen Wunde frei zugänglich für Auge und Hand vor uns. Die Fasern des Levator ani weichen ohne Weiteres aus einander, so dass eine Incision dieses Muskels, wie sie von Dührssen bei seinem Scheiden-Dammschnitte ausgeführt wird, gar nicht in Frage kommen kann. Schließlich hatten wir rasch und

leicht die gesammte Vagina und mit ihr die Cervix aus ihren Verbindungen losgelöst, so dass der Zusammenhang mit der Umgebung vorn und hinten nur noch durch die uneröffneten Peritonealfalten, links und rechts durch die Parametrien dargestellt wurde. Die Parametrien, welche vollkommen normales Verhalten boten und so zugänglich waren, als operirten wir an der Körperoberfläche, wurden beiderseits möglichst weit nach außen bis in die Höhe des inneren Muttermundes abgebunden und abgetrennt, dann erst die jetzt bis zur Höhe des Dammes dislocirbare hintere Bauchfellfalte quer eröffnet, der Uterusfundus nach hinten umgekippt und nach Eröffnung auch der vorderen Bauchfellfalte und Ligatur der beiderseitigen Ligamente diese durchtrennt und somit Uterus und Vagina in ihrem natürlichen Zusammenhange uneröffnet abgetragen. Die normal sich verhaltenden beiderseitigen Anhänge wurden zurückgelassen. Die vorhandene große Wundhöhle wurde dadurch ausgeschaltet, dass zunächst die durch die äußere Haut gelegte Incision mit Naht vereinigt wurde. Dann wurden die beiderseitigen Ligamentstümpfe nach dem Vorgange A. Martin's (Düsseldorfer Naturforscherversammlung) in die Wundwinkel des Introitus eingenäht. Hierdurch wurden die seitlichen Wundflächen mit Peritoneum gedeckt. Sodann wurde der hintere Wundrand des Peritoneums herabgezogen und mit dem hinteren Wundrande im Introitus durch Naht vereinigt. Das Gleiche geschah mit dem vorderen Peritonealrande vorn. So war auch die vordere und hintere Wundfläche mit Peritoneum gedeckt. Der nun noch verbleibende quere Wundspalt wird bis auf eine kleine Öffnung in der Mitte von beiden Seiten her mit von vorn nach hinten durchgreifenden Nähten verkleinert. In die Öffnung kommt zur Ableitung etwaiger Sekretion ein kleiner Jodoformgazestreifen, darüber ein abschließender Verband. In die Blase wird, um eine Durchnässung des Verbandes mit Urin zu vermeiden, ein Verweilkatheter gelegt. Die Blutung während der Operation war gering und sehr leicht zu beherrschen. Der Eingriff bot absolut keine technischen Schwierigkeiten. Er dauerte kaum eine Stunde.

Der Heilungsverlauf war vollkommen reaktionslos. Höchste Temperatur 37,9. Am 22. Tage steht die Operirte auf. An der Stelle des Introitus besteht ein flacher, noch theilweise granulirender Trichter. Blase und Mastdarm funktioniren normal.

Die Vortheile, welche das eingeschlagene Verfahren mir zu bieten scheint, sind folgende: Zunächst war es mir möglich, von dem die Operation beginnenden äußeren Schnitte aus das Vaginalrohr auf seiner Außenfläche genau abzutasten und mich, ehe ich weiter ging, von der guten Operationsfähigkeit des Carcinoms, an der man bei dem langen Bestehen des Leidens und dem Befunde von der Vagina aus zu zweifeln berechtigt war, zu überzeugen. Weiterhin gelingt es von der Seite her, vom Cavum ischio-rectale aus, mühelos, das Scheidenrohr vom Mastdarm in der richtigen Schicht abzulösen und das von innen nach außen abgelöste Rohr vom Introitus abzutrennen. Ich glaube, dass dies nicht unwesentlich ist. Wenn ich die geringe Blutung berücksichtige, die ich beim Trennen von Scheide und Mastdarm erlebt habe, und dagegen sehe, dass Olshausen die hierbei auftretende Blutung als »bisweilen recht erheblich« schildert, dass Veit(1) mit Thorn(2) die Gefahren der Blutung und die Schwierigkeit der Blutstillung fürchtet und desshalb, eben so wie früher Fritsch[1] (3) den sacralen Weg für das hochsitzende

[1] Fritsch empfiehlt in der 7. Auflage seines Lehrbuchs von 1896 den sacralen Weg nicht mehr (p. 72).

Scheidencarcinom empfiehlt, wenn ich ferner sehe, dass Winter (4) wegen dieser Blutungsgefahr nicht den Olshausen'schen queren Dammschnitt ausführt, sondern den Schuchardt'schen paravaginalen, dann möchte ich fast vermuthen, dass die von Anderen erlebten starken Blutungen darauf beruhen könnten, dass man beim Eingehen durch den Olshausen'schen Querschnitt oder überhaupt beim Eindringen von außen nach innen zwischen Vagina und Rectum leicht die richtige Linie verfehlt und das starke Gefäßgebiet des Rectums trifft. Dies wird bei meinem Vorgehen sicher vermieden. Die weiteren Vortheile unseres Vorgehens sind dieselben, wie sie J. A. Amann jr. (5) in seinem Falle schildert, wie denn das von mir eingeschlagene Operationsverfahren in vielen Beziehungen dem Amannschen Vorgehen entspricht. Als besondere Vortheile möchte ich hervorheben:

1) die vollkommene Übersichtlichkeit und Zugänglichkeit aller in Betracht kommenden Theile, welche vielleicht dadurch noch etwas größer wird, dass ich meinen Hautschnitt mehr nach hinten legte und größer ausführte, als Amann.

2) Die Möglichkeit, die ganze Operation zu Ende zu führen, ohne dass irgend etwas mit dem Carcinom und Scheideninhalt in Berührung kommt.

Die Übersichtlichkeit und Zugänglichkeit ist jedenfalls eine weit bessere, als der Olshausen'sche retrovaginale Querschnitt mit sich bringt, der seiner Zeit einen bedeutenden Fortschritt in der Operation dieser Scheidenkrebse bedeutete. Eben so gestattet unser Vorgehen eine bessere Freilegung, als die von Martin ausgeführte Operation, welcher sich den Zugang lediglich durch Ablösen des Vaginalrohres im Introitus schafft. Auch der Dührssen'schen (6) Scheiden-Dammincision ist in dieser Hinsicht unser Vorgehen in so fern überlegen, als es erlaubt, den Zugang zum kleinen Becken von vorn nach hinten aus einander zu klappen. Durch Verziehen des Rectums nach hinten gewinnt man mehr Platz, als durch seitliche Verschiebung desselben. Der Levator ani wird geschont und die dadurch bedingte spätere seitliche Verlagerung des Anus vermieden. Außerdem wird durch das mit unserer Schnittführung verbundene Auseinanderziehen der Theile von vorn nach hinten die Auslösung auf den besonders in Betracht kommenden Flächen nach Blase und Mastdarm hin erheblich erleichtert, und die Querrichtung des Wundspaltes entspricht schließlich dem queren Verlaufe der Parametrien und Ligamente und erhöht deren Zugänglichkeit. Auch der sacralen Methode ist unser Vorgehen an Übersichtlichkeit und Einfachheit überlegen. Bis man sacralwärts an das Scheidengewölbe überhaupt erst herankommt, hat die Kranke schon mehr Blut verloren, als bei uns während der ganzen Operation. Außerdem ist bei der sacralen Methode die Nachbehandlung für Operirte und Arzt viel schwieriger und umständlicher.

Dass man die Operation vollkommen zu Ende führen kann, ohne mit dem Carcinom und Scheideninhalt in Berührung zu kommen, ist ein Vorzug, den auch das Vorgehen A. Martin's besitzt. Dieser Vorzug muss gegenüber allen übrigen seither ausgeführten Methoden ebenfalls hervorgehoben werden. Es wird dadurch die Infektionsgefahr herabgesetzt und die Gefahr des Impfrecidivs vermieden. Das Vorhandensein dieser letzteren Gefahr bei Carcinomoperationen muss zweifellos anerkannt werden, ob man den Vorgang nun nach Winter als Impfung, oder nach v. Herff (Frankfurter Naturforscherversammlung 1896) als Implantation bezeichnen will. Der Effekt ist der gleiche.

Eine Verbesserung gegen das Vorgehen Amann's sehe ich darin, dass man den nach Entfernung von Scheide und Uterus bleibenden großen Wundkanal nach Martin's Vorgange mit Peritoneum überdeckt. Die Wundverhältnisse werden dadurch erheblich vereinfacht, die Absonderung aus der großen Wundhöhle wird beseitigt und die Heilungsdauer bedeutend verkürzt.

Was die im Laufe der Zeit mehrfach angeregte Frage anlangt, ob man den Uterus bei diesen Operationen immer mit entfernen soll, oder ob er, wenn nicht mit erkrankt, zu erhalten ist, so muss bei totaler Entfernung der Scheide ein noch funktionsfähiger Uterus ohne Frage mit fortgenommen werden, da seine Absonderungen keinen Ausweg mehr finden würden. Der Gedanke Amann's, ihn eventuell nach Analogie der Freund'schen Fisteloperationen nach der Scheidenwundhöhle umzukippen und zum Füllmittel für den Defekt zu benutzen, scheint mir gegenüber der Peritonealüberkleidung Martin's wenig praktikabel. Auch den senilen Uterus wird man besser mit fortnehmen, weil dadurch eine Eröffnung der Scheide mit ihren Nachtheilen während der Operation vermieden, die Blutstillung erleichtert und die Wundverhältnisse vereinfacht werden, und weil man schließlich nie sicher weiß (eben so wie bei der Prolapsoperation P. Müller's), bis zu welchem Grade das senile Endometrium gelegentlich seine Sekretion steigern kann.

Soll man nun in allen den Fällen, wo das gewöhnlich von der hinteren Wand ausgehende primäre Scheidencarcinom eine größere Ausdehnung einnimmt, die ganze Scheide exstirpiren, oder soll man sich da, wie es Olshausen gemacht hat, mit partieller Entfernung begnügen?

Die Frage liegt nicht so einfach, wenn es gilt, die Kohabitationsfähigkeit der Operirten zu erhalten. Technisch und klinisch richtiger wäre jedenfalls die Exstirpation der ganzen Scheide mit Uterus, da man, um einen Streifen der vorderen Vaginalwand stehen lassen zu können, schließlich doch von der Tiefe der Wunde aus die Scheide öffnen und so die Berührung mit ihrem Inhalte herstellen müsste, wie dies ja auch von Olshausen geschehen ist. Die Entscheidung wird nicht immer leicht sein. Kann man im unteren Scheidenabschnitte einen Ring gesunder Schleimhaut erhalten, was

durch Vertiefung des seitlichen Hautschnittes in die Vaginalwand bis zur Höhe des zu erhaltenden Ringes und queren Abtrennens des über dem Ringe gelegenen Abschnittes der Scheide vor zum Schutze darüber eingeführter Jodoformgaze zu geschehen hätte, so würde dies wohl die Kohabitationsfähigkeit erzielen können. Hat man dagegen so viel gesunde Schleimhaut hinter dem Introitus nicht, um dies Vorgehen wählen zu können, so müsste man sich, wenn die Kohabitation ermöglicht bleiben soll, mit der partiellen Resektion der Scheide begnügen und einen gesunden Rest stehen lassen. Der Erfolg Olshausen's, welcher nur einen schmalen Schleimhautstreifen an der vorderen Wand stehen ließ, war bezüglich eines persistirenden Vaginalrohres, das sich durch Überhäutung von dem stehen bleibenden Schleimhautreste aus bildete, ein sehr guter. Aber auch in diesen Fällen würde der funktionirende Uterus mit fort zu nehmen sein oder man hätte bei einer eventuellen späteren Schwangerschaft eine Sectio caesarea auszuführen. Wie man sieht, kommen hier eine Menge Gesichtspunkte in Betracht, die man von Fall zu Fall in Erwägung zu ziehen hat. Sind derartige Rücksichtnahmen nicht geboten, dann wird man in der vollständigen Entfernung der Scheide mit dem Uterus bei nach den Seiten und nach oben hin weit ausgebreitetem Scheidenkrebs denjenigen Weg zu sehen haben, welcher die Entfernung des Leidens technisch am leichtesten und übersichtlichsten gestaltet, welcher die möglichst radikale Operation zulässt, die Gefahr der Infektion und des Impfrecidivs von der Scheideninnenfläche aus vermeidet und die Heilungsbedingungen und Heilungsdauer möglichst günstig gestaltet.

Zum Schlusse mag noch ein Hinweis darauf gestattet sein, dass die zur Eröffnung des Cavum ischio-rectale von uns ausgeführte Schnittführung sich auch als sehr geeignet erweisen dürfte, wenn es sich um angeborene oder erworbene Atresie der Scheide handelt. Wenn man in diesen Fällen nach Eröffnung des Cavums die untere Fläche des Levator ani zur Richtfläche für das weitere Eindringen nimmt, so wird man voraussichtlich eine bequeme Orientirung haben.

An dem durch die Operation gewonnenen Präparat sieht man, dass die ganze Scheidenschleimhaut ungefähr vom Ende des untersten Drittels ab aufwärts ringsum von Carcinom ergriffen ist, das sich nach unten in zackigem, aber scharfem Rande gegen die gesunde Schleimhaut abgrenzt und nach oben die ganze Portio oberflächlich mit erfasst hat. Das Carcinom ist ulcerirt. An einzelnen Stellen hat es die Scheidenwand höckrig verdickt. Nirgends tritt es nach außen durch die Scheidenwand hindurch. Die stärkste Entwicklung bietet die hintere Wand.

1) J. Veit, Handbuch 1897. p. 376.
2) Thorn, Centralblatt 1895. p. 240.
3) H. Fritsch, Krankheiten der Frauen 1894.
4) Winter, Sitzungsb. der Berliner gynäkolog. Gesellschaft vom 25. März 1898.
5) J. A. Amann jr., Monatsschrift Oktober 1899. p. 457.
6) Dührssen, Centralblatt 1895. p. 234.

II. Ein Fall von multiplem Myom des graviden Uterus.

Von

Dr. **Pagenstecher** in Osnabrück.

Der folgende von mir kürzlich operirte Fall, der namentlich in diagnostischer Beziehung einige Schwierigkeiten bot, dürfte vielleicht allgemeineres Interesse beanspruchen.

Frau E., Nullipara, 29 Jahre alt, kam am 18. August 1899 in meine Behandlung. Sie klagte über heftigen Urindrang, Kreuzschmerzen, starken eitrigen Ausfluss und hartnäckige Obstipation. Zuerst mit $12^1/_2$ Jahren menstruirt. Die Menses sind stets regelmäßig, aber mit Schmerzen verbunden gewesen. Bis zur Verheirathung im September 1898 waren sie sehr schwach gewesen, hielten sich aber auch dann durchaus in den Grenzen des Normalen, bis dieselben am 28. Mai 1899 zuletzt erschienen. Seit dieser Zeit war der Ausfluss vermehrt und hatte eine gelblich-grüne Farbe angenommen. Der Urindrang hatte derartig zugenommen, dass Pat. alle 5—10 Minuten uriniren musste. Zuweilen erfolgte auch spontaner Abgang von Urin.

Der untersuchende Finger stieß gleich hinter dem Scheideneingange, dessen Schleimhaut eine blassrothe Farbe hatte, auf einen harten, fast kugligen und nur wenig unebenen Tumor, der das hintere Scheidengewölbe stark vorgedrängt hatte, das ganze kleine Becken ausfüllte und unbeweglich war. Die Portio stand ganz hinter der Symphyse eingeklemmt nach links und fühlte sich fest an. Muttermund ein kleines Grübchen. Da die Portio sich nicht ohne Schmerzen vorziehen ließ und doch eine spätere Untersuchung in Narkose beabsichtigt war, wurde von der Sichtbarmachung im Speculum abgesehen. Auch vom Rectum aus war der Tumor unbeweglich und ließ sich nicht in die Höhe schieben. Vorn ragte der Tumor bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse, und konnte man hier mehrere, meist leicht verschiebliche, harte Knollen fühlen. Einer dieser knolligen Höcker, dessen Kuppe ca. 3 Finger breit links über der Symphyse lag, war nicht beweglich, erstreckte sich nach abwärts bis hinter die Symphyse und wurde für den Fundus des Uterus gehalten. In seiner Konsistenz unterschied er sich nicht von dem Haupttumor, welchem er fest auflag. Tuben und Ovarien konnten der straffen Bauchdecken wegen nicht mit Sicherheit gefühlt werden. Die Diagnose wurde auf multiples Myom gestellt und bezüglich einer event. Schwangerschaft offen gelassen.

Auch die 2 Tage später erfolgte Untersuchung in Narkose konnte diese Diagnose nur bestätigen und ließ höchstens an die Möglichkeit einer gleichzeitigen Schwangerschaft denken. Tuben und Ovarien wurden jetzt genau palpirt. Die vorsichtig in den Uterus eingeführte Sonde drang ca. 10 cm ohne jeglichen Widerstand bis zum Fundus ein. Auch jetzt konnte der angehakte Uterus kaum merklich bewegt werden. Das Emporschieben des Tumors aus dem Becken war unmöglich.

Da die hochgradigen Beschwerden bei der Irreponibilität und dem Wachsthume des Tumors nur größer werden konnten, so war m. E. die Indikation für operative Entfernung der Geschwulst gegeben, mochte nun der Uterus gravid sein oder nicht.

Am 1. August 1899 wurde die Bauchhöhle eröffnet. Der Uterus, welcher etwas nach links gedreht war, stellte sich sofort mit seiner rechten Kante in den Schnitt ein. Beim Versuche, denselben mit der Hand etwas vorzuziehen, entstand an der Basis eines walnussgroßen, gestielten Myoms ein Einriss in die Uterussubstanz, der stark blutete und mit Klemmen versehen wurde. Die Brüchigkeit des Uterusgewebes war auffallend. Die Entwicklung des im Becken eingekeilten und durch den Luftdruck festgehaltenen Tumors verursachte einige Schwierigkeiten. Durch das immer tiefere Ansetzen von starken Zangen gelang es endlich, nachdem die

Luft mit lautem, schlürfendem Geräusche hinter den Tumor eingedrungen war, denselben mit großem Kraftaufwande aus dem Becken empor- und vor die Bauchdecken zu ziehen. Den reichlich kindskopfgroßen, theils interstitiell, theils subserös entwickelten Tumor, welcher der ganzen Hinterfläche des Corpus breit aufsaß, zu enukleiren oder excidiren war nicht möglich und wurde daher der Uterus dicht oberhalb der Scheidengewölbe nach Bildung eines vorderen und hinteren peritonealen Lappens in bekannter Weise abgesetzt. Wegen der eitrigen Absonderung wurde der Cervikalkanal mit Paquelin kauterisirt und dann die Peritonealwunde mit fortlaufender Katgutnaht vollständig geschlossen.

Die Rekonvalescenz war Anfangs normal; höchste Temperatur 38° am 2. August Abends. Stuhl war am 4. Tage p. o. erfolgt, Flatus schon am 2. Tage. Am 8. August Morgens Übelkeit, Aufgetriebensein des Magens, kein Abgang von Flatus seit ca. 12 Stunden. Abends Temperatur 38,5°, Puls etwas über 100, Magengegend aufgetrieben, Leib sonst weich. Auf Eingießung erfolgte Abgang eines pflaumengroßen Stückes Koth, kein Flatus. Nachts sehr unruhig, Erbrechen, Morphiuminjektion.

Am 9. August Morgens Magengegend noch stark aufgetrieben, kein Flatus. Nach Magenausspülung große Erleichterung. Dann erfolgen auf reichliche Eingießungen (ca. je 2 Liter) endlich Flatus. Nachmittags trat nach leichtem Abführmittel auch Stuhlgang ein, der von nun an regelmäßig stattfindet. Am 31. August konnte Pat. geheilt entlassen werden.

Die anatomische Untersuchung ergab im Uterus eine ca. 6 Wochen alte Frucht, deren Placentaransatz an der linken Seite dicht oberhalb des inneren Muttermundes stattgefunden hatte. Vom Fundus ausgehend und diesem breitbasig aufsitzend ragt ein ca. hühnereigroßes, submuköses Myom in die Uterushöhle. Von der Hinterfläche des Uterus und etwas nach rechts geht vom Uteruskörper ein reichlich kindskopfgroßes Myom aus, welches vom rechten Tubenabgange bis hinab zur Mitte der Cervix fest mit dem Uterus verbunden ist. Die Uterussubstanz lässt sich makroskopisch bis über die Hälfte des Tumors erkennen, während die kleinere Hälfte nur mit Serosa überzogen zu sein scheint. Ein walnussgroßes Myom geht von der hinteren und linksseitigen Cervixwand ziemlich breitbasig aus. Ein reichlich taubeneigroßes mit breitem kurzen Stiele hat seinen Ursprung an der vorderen Uteruswand etwas links. Ein vierter lang und dünn gestielter Myomknoten sitzt in der Nähe des linken Tubenansatzes.

Bemerkenswerth ist, dass die Pat. bei ihren verschiedenen Myomen niemals Menorrhagien gehabt hat. Die Menses waren im Gegentheile meist spärlich gewesen. Auffallend ist ferner das jugendliche Alter; hält doch Olshausen[1] das Vorkommen von Myomen in den zwanziger Jahren für eine Ausnahme. (Zufällig ist die von mir zuletzt vorher wegen Myom operirte Pat. ebenfalls 29 Jahre.) Die Schwierigkeit bei der Diagnose in Bezug auf vorhandene Schwangerschaft erklärt sich daraus, dass die sistirten Menses das einzige Symptom waren, welches für Gravidität sprach, während alle sonstigen Anzeichen dafür fehlten. Die Farbe der Scheidenschleimhaut war blassroth; die Portio nicht aufgelockert, sondern fest. Die sonst für Gravidität so charakteristische Konsistenz des Uteruskörpers war in diesem Falle durch das im Fundus sitzende hühnereigroße Myom aufgehoben. Der Uteruskörper war in seiner Konsistenz nicht von dem Tumor zu unterscheiden.

---

[1] Veit, Handbuch der Gynäkologie Bd. II. p. 768.

III. Forceps in mortua. Lebendes Kind.

Von

Dr. **Hugo Fleischman**, Frauenarzt in Budapest.

Zu den größten Seltenheiten gehören die Fälle, wo aus einer todten Mutter ein lebendes Kind mittels Zange entwickelt wurde.

Aus der Litteratur sind mir nur 2 Fälle bekannt. Einer aus der Helsingforser Klinik, von Heinricius mitgetheilt (Centralbl. f. Gynäkol. 1883 No. 1), und der 2. ist aus der Breisky'schen Klinik von Piskaček (Wiener klin. Wochenschrift 1888 No. 7) veröffentlicht worden. Im 1. Falle handelte es sich um eine während der Geburt in Folge Ruptur der Aorta plötzlich verstorbene Frau, aus der nach Aufhören der Athmung Heinricius eine kräftige, ausgetragene, männliche Frucht lebend extrahirte, die auch am Leben blieb.

Im Piskaček'schen Falle ist bei einer 28jährigen, hochgradig kyphoskoliotischen Frau mit mäßiger Dyspnoë, IIpara (in Folge Hypertrophie des Herzens, Hydrothorax, Hydroperikardie und Ödem der Lungen), plötzlicher Tod eingetreten, und wurde mittels Zange eine 2200 g schwere, asphyktische Frucht extrahirt, die, wiederbelebt, nach 36 Stunden starb.

Mein Fall, den ich beobachtete, ist der folgende:

Um ½5 Uhr Nachmittags des 21. September v. J. wurde ich zu der 30jährigen Sz., Primipara, gerufen. Die Gebärende ist gut gebaut, hatte vom 10.—13. Oktober 1898 das letzte Mal menstruirt; seit gestern früh Wehen, Blasensprung gestern Abend. Ödem der beiden unteren Extremitäten, sonst nichts Abnormes. Puls und Athmung normal, das Kind in I. Kopflage, gute Herztöne, Kopf im Beckeneingange fixirt. Muttermund kaum 2 Finger breit, auffallend rigid. Während der Schwangerschaft hat die Frau wegen Herzklopfen und Dyspnoë Digitalis und auch Amylnitrit genommen. Als Mädchen will sie immer gesund gewesen sein. — Die Auskultation und Perkussion des Herzens kann wegen der Wehen nicht durchgeführt werden. Ich ordinirte wegen der Rigidität des Muttermundes stündliche Irrigation mit warmem Wasser und entfernte mich mit dem Auftrage, im Falle die Frau sich schlecht befinden sollte oder der Muttermund verstrichen sein würde, mich zu holen.

Um 9 Uhr Abends wurde ich gerufen. Da ich nicht vom Hause aus kam, so hatte ich nur eine Pravaz-Spritze bei mir. Ich fand die Frau ganz verändert, dyspnoisch. Cyanotische Lippen, Puls arhythmisch, kaum zählbar. Durch einige Ätherinjektionen wird das Befinden gebessert, ich konnte eine innere Untersuchung vornehmen. Der Muttermund war verstrichen, Kopf im Beckenraume mit nach vorn gedrehten kleinen Fontanellen.

Während dieser Zeit sind meine Instrumente gebracht worden.

Nun beabsichtigte ich eine Vollendung der Geburt mittels Zange und legte desshalb die Frau aufs Querbett, ihrer Dyspnoë wegen in halb sitzender Lage. Kaum hatte ich aber das eine Zangenblatt eingeführt, kollabirt die Frau; es stand die Athmung und bald der Puls. Nun war ich bemüht, die Frau zu retten. Doch meine Bemühungen (Kampher, Äther, künstliche Athmung, Herzmassage) blieben erfolglos, das Wiederbeleben gelang nicht. Es konnten ungefähr 10 Minuten verstrichen sein, bis ich dazu kam, das 2. Zangenblatt einzuführen und mit einer Traktion ein asphyktisches reifes Mädchen entwickeln konnte. Das Kind leicht

belebt, bleibt am Leben und gedeiht gut. Der herbeigerufene Hausarzt Kollege Dr. Bátory kam erst nach Beendigung der Geburt. Aus seiner freundlichen Mittheilung weiß ich, dass er die Frau das erste Mal im 7. Monate der Gravidität sah, im Urin niemals, auch bei öfters vorgenommenen Untersuchungen, fremde Bestandtheile vorgefunden.

Bei der polizeiärztlichen Sektion fand (Assistent Dr. Ajtay) man Endarteriitis, Insuff. valv. bicusp. et aortae und Verfettung des Herzmuskels.

IV. Ein Fall von Einwanderung einer bei Laparotomie zurückgelassenen Kompresse in den Dünndarm.

Von

J. Merttens in Düsseldorf.

Die Einwanderung von Fremdkörpern, die nach Bauchoperationen in der Bauchhöhle zurückbleiben, in Darm oder Blase ist ja nichts so ganz Außergewöhnliches. Immerhin dürfte die folgende Beobachtung von Einwanderung einer zurückgelassenen Kompresse in den Dünndarm wohl interessant genug sein, um zur Kenntnis gebracht zu werden.

Um mit der Krankengeschichte zu beginnen, so handelt es sich um eine 28jährige sehr heruntergekommene, elende Beamtenfrau, die 2 normale Geburten und zuletzt im Oktober 1895 einen Abortus durchgemacht. An diesen Abortus schloss sich in Folge einer schweren Beckeneiterung ein langes Krankenlager an, das bis zum Mai 1896 die Pat. ans Bett fesselte. Pat. erholte sich ungemein schwer, sie konnte monatelang kaum gehen. Am 18. März 1897 kam Frau Sch. in meine Behandlung mit der Angabe der heftigsten Schmerzen im Leibe, die zumal bei der Menstruation unerträglich schienen. Dabei bestand sehr heftiger Fluor. Die Stuhlentleerung verursachte viele Beschwerden, Pat. litt ferner unter den heftigsten Schmerzen bei der Urinentleerung. Ich sah eine enorm anämische, sehr schlecht genährte Frau. Der Uterus groß, weich, anteflektirt, ist ringsherum eingebacken in schwielige Massen, die besonders nach links hin fest an die Beckenwand herangehen, aus denen die Adnexe links nicht getastet werden können. Die rechten Adnexe erscheinen in den Adhäsionen sehr verdickt, sind enorm druckempfindlich. Es wurde mit den bekannten Mitteln (Ichthyol, Jod, Jodkali, Glycerintampons, Bäder mit Moorlauge und heiße Duschen, Pappaufschläge, Prießnitz, Massage etc.) eine langdauernde konservative Behandlung geübt. Pat. ging im Herbst 1897 für längere Zeit aufs Land. Als Erfolg sah man die schwielige Masse etwas schwinden, dabei traten die Adnextumoren deutlicher hervor. Mitte 1898 hat dann Pat., um nochmals strikte Badekur und Ichthyoltamponbehandlung durchzuführen, 4 Wochen in meiner Klinik gelegen, wurde dann bis Februar 1899 in ähnlicher Weise weiter behandelt, ohne dass weitere Änderung im Befunde und im Allgemeinbefinden eintrat. Pat. erklärte dann, mit diesen Beschwerden nicht weiter leben zu können, und ich schlug ihr nun die radikale Operation vor. Aus pekuniären Rücksichten ging sie zu dem Zwecke in ein allgemeines Krankenhaus und wurde hier im März 1899 von durchaus sachkundiger Hand operirt. Wie ich erfuhr, war die Operation sehr schwer, durch Bauchschnitt wurden die Adnexe, so weit es bei den Verwachsungen möglich war entfernt, der Uterus blieb zurück. Im Verlaufe machte sich eine sehr große Hartnäckigkeit in der Stuhlentleerung und im Abgange der Flatus geltend; nach 2 Monaten wurde die Pat., ohne dass sie schmerzfrei war, nach Hause entlassen. Anfang August, nahezu 5 Monate nach der Operation, stellte sich Pat. nun wieder bei mir vor unter der Angabe, dass sie vor quälenden krampfartigen Schmerzen kaum mehr Ruhe bekomme. In dem Allgemeinbefinden der Pat. hat sich nicht viel geändert, sie war elender denn je. Der

Bauchschnitt war gut geheilt, Unterleibsbefund recht gut. Die Betastung war kaum mehr schmerzhaft, Uterus normal groß, innen noch wenig beweglich in Folge Schrumpfung beider Parametrien, aus denen nichts Bestimmtes herauszutasten. Pat. gab auch an, die »Krämpfe« säßen höher. Nun entdeckte ich neben dem Nabel rechts einen faustgroßen ziemlich nach rechts und links hin anscheinend in der freien Bauchhöhle liegenden Tumor von weicher Konsistenz und walzenförmiger Gestalt, der für mich um so auffallender war, als ich Pat. vorher jahrelang gekannt, ohne diesen Tumor je gesehen zu haben, und so lag der Gedanke für mich nahe, dass bei der Operation vielleicht irgend etwas in der Bauchhöhle zurückgeblieben. Die weitere Beobachtung ergab denselben Befund bei ständiger Zunahme der Schmerzen. Am 24. August 1899 nahm ich zur genaueren Kontrolle Pat. in meine Klinik auf. Die Schmerzen, die sehr heftigen peristaltischen Schmerzen wohl ähnlich waren, nahmen mehr und mehr zu, so dass ich einen Eingriff schließlich für eine Indicatio vitalis hielt, zumal Pat. nichts mehr bei sich behielt; Flatus und dünner Stuhl nach Klysma gingen ab. Am 29. August entschloss ich mich zur Laparotomie und theilte den mir assistirenden Herren Kollegen meine Ansicht mit, dass ich den Gedanken, es sei ein Fremdkörper in der Bauchhöhle, nicht losgeworden sei. Es wurde direkt auf den Tumor rechts neben dem Nabel parallel zum ersten Bauchschnitte eingeschnitten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand ich den erhofften Fremdkörper zunächst nicht, dahingegen zeigte sich, dass der gefühlte Tumor einer dicken, spindelförmigen Anschwellung einer Dünndarmschlinge angehörte. Im Bereiche dieser Spindel war der Darm dunkelbläulich verfärbt, nach oben war der Dünndarm beweglich, direkt unterhalb der spindelförmigen Anschwellung ging er in Verwachsungen, die der rechten Darmbeinschaufel anlagen, über, aus denen er nicht zu trennen war. Die Anschwellung fühlte sich teigig an und der Gedanke, es handelte sich um einen großen Kothballen, lag zunächst. Beim Versuche, den beweglichen oberen Theil dieser Dünndarmschlinge herrauszuziehen, riss gerade an der oberen Grenze der Spindel der Darm quer durch bis ans Mesenterium und aus dem zum Tumor umgewandelte Stück schaute eine Gazekompresse heraus; zu unserem größten Erstaunen wurde eine Kompresse von stattlicher Größe herausgezogen, die, mit Kothmasse durchdrängt, einen penetranten Geruch verbreitete. Schnell wurden Kompressen zum Schutze der Bauchhöhle untergeschoben. Der morsche Theil des Dünndarmes wurde, so weit es bei dem Übergange desselben in die geschilderten Verwachsungen möglich war, resecirt und nun die cirkuläre exakte Darmnaht ausgeführt. Rings um diese wurde ein schmaler Jodoformgazestreifen herumgelegt und zur Bauchwunde herausgeleitet.

Am nächsten Morgen bekam Pat. tiefen Collaps mit Erkaltung der Extremitäten und Ausbruch kalten Gesichtsschweißes. Kampher, Äther und vor Allem reichliche Nährklystiere führten bis zum Abend auffallende Besserung herbei und ohne eine Temperatursteigerung erholte sich Pat. zusehends. Vom 3. Tage an Abgang von Flatus. Vom 10. Tage langsame Entfernung des Tampons, der am 21. Tage gänzlich entfernt war, ohne dass Fistelbildung sich zeigte. Nach 14 Tagen begann Pat. per os sich zu nähren und stand in der 4. Woche geheilt auf.

In der Beurtheilung legte ich den Herren Kollegen meine Ansicht derart dar, dass wohl die Kompresse bei der Laparotomie zurückgelassen worden sei. Um sie herum ist eine, wahrscheinlich eitrige, Abkapselung entstanden, es ist hier Kommunikation mit dem Darme eingetreten und durch Peristaltik ist die Kompresse in den Darm hineingelangt und wohl auch etwas weiter geschoben worden; für diesen Vorgang sprachen vor Allem die in der Nähe sich findenden festen Adhäsionen in die das die Kompresse haltende Darmstück einmündete. Der Liebenswürdigkeit des Herrn Geheimrath Heusner, Barmen, verdanke ich die Auffindung eines ähnlichen Falles in der Litteratur, der von Rehn auf dem 28. Chirurgen-Kongresse in Berlin demonstrirt

wurde und in den Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1899 veröffentlicht ist. Es handelte sich hier um ein 32 Jahre altes Fräulein, das im Oktober 1897 eine schwere Pyosalpinxexstirpation durchgemacht und danach bis Mitte April 1898 recht gesund war. Dann begannen Magenschmerzen, die sich bis zu heftigen Krampfanfällen steigerten. Es wurde ein etwa 10 cm langer, durch das Epigastrium verlaufender, wurstförmiger, sehr druckempfindlicher Tumor gefühlt, der gegen die Bauchdecken verschieblich war. Die Schmerzen der Pat. wurden immer heftiger und dabei bestanden die Erscheinungen von Passagehindernis im Darme. Am 18. Mai 1898 wurde Pat. operirt. Es wurde eine geschwulstartige Darmschlinge, die beginnende Gangrän zeigte, aus dem Bauche hervorgezogen und dieses Stück in einer Länge von 40 cm resecirt. Irgend welche erheblichere Verwachsungen sind nicht gefunden worden. Die Geschwulst selbst präsentirte sich als eine frei im Darmlumen liegende und dasselbe genau ausfüllende fest zusammengedrehte Mullkompresse.

Ein ähnlicher Fall, der dem von mir beschriebenen wohl noch mehr gleicht, ist von Michaux veröffentlicht. Einer Pat. waren zweizeitig Ovarien und Uterus exstirpirt und schon 4 Wochen nachher begannen die heftigsten Krämpfe. Bei wiederholter Operation fand sich ein unentwirrbarer Knäuel von Dünndarmschlingen vor. Bei dem Versuche, die Verwachsungen zu lösen, riss der Darm ein und im Innern wurde eine Jodoformgazekompresse sichtbar. Die Michaux'sche Pat. starb, die Rehn'sche wie die meinige sind genesen. Zu erwähnen bleibt mir noch, dass Pilate $6^1/_2$ Monate nach einer Operation den Abgang einer im Bauche zurückgelassenen Kompresse mit dem Stuhle beobachtete. Wie ich bereits oben erwähnte, theile ich ganz und gar die Auffassung von Rehn, dass die zurückgelassene Kompresse in den Darm eingewandert ist. Auffallend ist ja in dem Rehn'schen Falle das Fehlen jeder Verwachsung der Darmschlingen. An ein Verschlucken einer solch umfangreichen Kompresse kann ich nicht glauben.

---

1) **Wilms** (Leipzig). Die Mischgeschwülste. Heft II. Die Mischgeschwülste der Vagina und der Cervix uteri (traubige Sarkome). — Anhang: Mischgeschwülste der Blase und des Vas deferens.

Leipzig, **Arthur Georgi**, 1900.

Die bisher mit dem Namen der »traubigen Sarkome« bezeichneten Tumoren der Scheide sind kongenital angelegt. Da sie in Polypenform auftreten, wurden sie bisher stets für gutartig gehalten, bis schnelle Recidive später immer den äußerst malignen Charakter bewiesen. Nur ein Fall (Schuchardt II) ist geheilt. Dem rapiden Wachsthume geht entweder ein Ruhestadium der Geschwulstkeime

oder eine Spanne sehr langsamer, fast gutartiger Wucherung voraus. Die Parametrien werden bald ergriffen, oft kommt es zu Perforation in die Harnblase. Entfernte Metastasen finden sich selten. Das erste Symptom bilden meistens Blutungen. Der Ausgangspunkt der Neubildung war meistens die vordere oder seitliche Scheidenwand; zuweilen erinnert der Tumor an eine Traubenmole; der Uterus ist scheinbar nie mitbetheiligt, das Rectum war nie ergriffen. Dem histologischen Baue nach lassen sich komplicirte und einfachere Formen unterscheiden. Die ersteren enthalten neben verschiedenen Formen des Bindegewebes glatte und quergestreifte Muskulatur. Ihre Entstehung ist analog den Nierentumoren aus einem embryonalen Keimgewebe zu erklären. Das letztere ist mesodermaler Natur und entstammt dem Mesoderm der hinteren Körperregion, dem Myotom und Mesenchym, das in frühem Entwicklungsstadium versprengt ist. Dadurch wird es verständlich, dass die Tumoren in jungen Wachsthumsstadien als einfache Polypen erscheinen, während später durch weitergehende Differenzirung heterologe Gewebsarten darin vorkommen. Die Gewebselemente der Scheidenwand sind gänzlich unbetheiligt an der Geschwulst; das Plattenepithel der Scheide wird nur bei beginnender Verjauchung lädirt. Bisher sind 5 solcher komplicirter Tumoren bekannt geworden. Die einfacheren Formen sind den eben beschriebenen wahrscheinlich nahe verwandt. Die quergestreifte Muskulatur ist bei einigen Fällen vielleicht übersehen worden, das embryonale Keimgewebe ist auch hier wohl der Ausgangspunkt. Ob die Entstehung auch auf Entwicklungsstörungen bei der Mesodermbildung zurückzuführen ist, lässt sich noch nicht mit Sicherheit entscheiden.

Im Gegensatze zu den Scheidensarkomen entwickeln sich die traubigen Cervixsarkome bei Frauen von 30—40 oder noch mehr Jahren. Blutungen eröffnen auch hier die Scene. Die Form ist gleichfalls eine polypöse, gutartig scheinende, während der Charakter so bösartig ist, dass Heilungen nicht bekannt sind. Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal gegenüber den Schleimpolypen ist der absolute Mangel an Drüsen. Die Tumoren wachsen per continuitatem, entfernte Metastasen wurden nur in einem Falle beobachtet. Die Tumoren bestehen aus runden oder spindeligen Sarkomzellen, myxomatösem Schleimgewebe, hyalinem Knorpel und quergestreifter Muskulatur, Fettgewebe, elastischen Fasern. Auch dies sind mesodermale Geschwülste, die kogenitalen Ursprungs sind und dem Mesoderm der hinteren Körperregion entstammen.

Die Versprengung des embryonalen, mesodermalen Gewebes findet durch den Wolff'schen Gang statt, dessen Wachsthum zu einer Keimverlagerung in die Cervix und in die Scheide führt. Drüsen des Wolff'schen Körpers oder andere Drüsen fehlen stets, so dass diese Mischtumoren mit den Adenomyomen oder Cystadenomen des Uterus absolut nichts gemein haben. Eine völlige Analogie dieser Bildungen stellen die wenigen bisher bekannten Misch-

geschwülste der Blase und des Vas deferens beim Manne dar. Auch sie entstehen aus einem vom Myotom und Sklerotom der hinteren Körperregion abgesprengten undifferenzirten Keimgewebe, das durch den kaudalwärts wachsenden Wolff'schen Gang nach der Blase resp. nach dem Skrotum bis neben den Hoden verschoben wird. Die Grundauffassung .von W. hat also eine Ähnlichkeit mit der Cohnheim'schen Theorie, jedoch mit dem Unterschiede, dass nicht fertig gebildete heterologe Gewebe wie Knorpel, quergestreifte Muskeln etc. als solche versprengt, sondern dass undifferenzirte, mesodermale Zellkomplexe verlagert werden. **Stöckel** (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Belgische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Brüssel.

Lauwers (Courtrai): Ein Fall von außergewöhnlich stark entwickelter Elephantiasis vulvae.

Die folgende Beobachtung ist zwar von keinem ausgesprochenen wissenschaftlichen Werthe, sie ist aber eine große Seltenheit. In unserem Klima ist die Elephantiasis schon eine selten beobachtete Affektion. Auch glaube ich nicht, dass die Litteratur eine Elephantiasis der Vulva, welche $13^1/_2$ kg wiegt, aufzuweisen hat. Pozzi erwähnt einen Fall von Elephantiasis der Vulva, welche 10 kg erreicht hat. Die vorliegende Elephantiasis wiegt mehr als 13 kg.

L. St. ist eine arme Arbeiterin von 35 Jahren. Ihr Tumor, welcher Anfangs nur unbedeutend war, bestand schon vor dem Alter von 11 Jahren.

Als ich die Kranke das 1. Mal im Februar 1898 sah, hatte der Tumor schon enorme Dimensionen, er erstreckte sich abwärts bis 2 Hände breit unter die Kniee. Das Gehen war nur möglich, wenn die Beine stark aus einander gehalten wurden. Um sich zu verheirathen, wollte die Kranke operirt sein; der Tumor verursachte keine Schmerzen, nur das Gehen war außerordentlich schwierig, der allgemeine Zustand gut.

Die über der Geschwulst befindliche Haut war weiß und ödematös, mit Höckern versehen und nicht ulcerirend. Ihr Stiel war enorm und erstreckte sich gleichzeitig über das Hypogastrium, über die Vulva rechterseits und über das Perineum, den Anus überragend.

Am 11. März 1898 wurde der Tumor entfernt, indem ich um seinen Stiel große Lappen bildete. Die Blutung war weniger stark als ich glaubte; aus der Geschwulst floss aber eine große Masse von gelber Flüssigkeit ab, welche vollständig das Aussehen von Blutserum hatte. Nach Abtragung der Geschwulst wurden die Lappen hergerichtet und so genäht, dass die Fläche des Stieles völlig bedeckt war. 2 große Drains wurden in die Ecken der genähten Wunde gelegt. Heilung per primam mit Ausnahme der Öffnungen, in welche die Drains eingelegt waren. Aus diesen floss während mehrerer Wochen noch eine große Quantität von einer Art Lymphe ab.

Die Amenorrhoe, welche vor der Operation bestand, verschwand, und die Regeln erschienen jeden Monat in normaler Stärke.

Dass die Geschwulst nicht in die Klasse der syphilitischen Elephantiasis gehört, welche mitunter um den Anus und die Vulva herum sich, meist aber nur bei Frauen im Alter von 20—30 Jahren, entwickeln, dafür spricht der Umstand, dass weder der Vater, noch die Mutter, noch die Kranke jemals Zeichen von Syphilis aufzuweisen hatten.

Der vorliegende Tumor fing an sich zu entwickeln, als die Pat. erst 10 Jahre alt war.

Ungeachtet der Unsauberkeit und der fortgesetzten Reibungen, welchen die Geschwulst während mehr als 20 Jahren ausgesetzt war, hat sie niemals Zeichen von Ulceration dargeboten.

Desguin (Antwerpen): Die Überbleibsel der ektopischen Schwangerschaft.

Man hat ziemlich selten Gelegenheit, die Verletzungen zu beobachten, welche die ektopische Schwangerschaft hinterlässt, d. h. den Zustand der Beckenorgane, welcher sich lange Zeit nach der Operation oder nach spontanem Aufhören der Extra-uterin-Schwangerschaft darbietet.

Ich möchte Ihnen nun kurz den Zustand der Genitalorgane zweier Frauen beschreiben, von denen die eine vor einem Jahre eine ektopische Schwangerschaft, welche operirt wurde, die andere einen tubaren Abortus, welcher nicht operirt wurde, durchgemacht hat.

Der 1. Fall bezieht sich auf eine der zwei Frauen, von der ich Ihnen schon früher mittheilte, dass bei ihr neben der ektopischen eine intra-uterine Schwangerschaft bestanden hat. Sie war operirt worden am 16. December 1897, d. h. 7 Wochen nach dem Uterusabortus.

Am 31. Januar 1899 wurde sie laparotomirt, um eine Eventration zu heilen, welche die unvermeidliche Folge der prolongirten Drainage war, welche wir genöthigt waren, bei der 1. Operation zu machen.

Wir glaubten sicher, bei Eröffnung der Bauchhöhle mehr oder weniger komplicirte Adhärenzen zu finden, besonders in der Gegend der rechten Tube, welche der Sitz der ektopischen Schwangerschaft war.

Es war dies aber durchaus nicht der Fall; die Organe fanden sich im Gegentheile vollständig frei; abgesehen von einigen kleinen periovarischen Adhärenzen, welchen man ja so häufig begegnet.

Was die kranke Tube anlangt, so bot sie keine Adhärenzen dar, sie war aber genau in 2 Stümpfe getheilt, deren Enden, welche sich gegenüberstehen, vollständig geschlossen waren. Wie es den Anschein hat, so ist die Tube von jeher in 2 Theile getheilt gewesen.

Der 2. Fall ist der einer Frau von 40 Jahren, welche im März 1898 einen tubaren Abortus überstanden hat. Eine vorgeschlagene Operation wurde von der Pat. zurückgewiesen.

Obgleich sich die Pat. nach dem Abortus sehr elend fühlte und oft genöthigt war, das Bett zu hüten, so wurde der allgemeine Zustand doch ohne welche regelmäßige Behandlung besser. Die Besserung jedoch dauerte nicht lange. Im Januar 1899 war der Gesundheitszustand derart schlecht, dass die Pat. selbst einen operativen Eingriff wünschte.

Es wurde die totale Kastration gemacht.

Ich war sehr erstaunt, zu sehen, dass der vor 10 Monaten stattgehabte tubare Abortus so wenige Spuren hinterlassen hat. Die Organe waren relativ frei, kaum einige periovarische Adhärenzen.

Der Uterus stark vergrößert und hart, aber nicht adhärent; die Ovarien cystisch entartet; in der Tube, welche der Sitz der ektopischen Schwangerschaft war, nur ein eingedicktes Blutgerinnsel von der Größe einer Bohne.

Die Kranke genas schnell.

Diese Beobachtungen bestätigen meine Überzeugung, dass eine große Zahl von abortirten Extra-uterin-Schwangerschaften unbemerkt vorübergehen.

Es scheint, als ob die Natur in diesen Fällen fähig ist, die Integrität der Organe besser herzustellen, als wir es durch Operation im Stande sind. Es giebt zweifellos Fälle, vielleicht in der Mehrzahl, bei denen ein operativer Eingriff nöthig ist; der Operateur muss sich aber dann mehr von den Symptomen, als von der Diagnose leiten lassen.

Im 2. Falle, welchen ich erwähnt habe, scheint es mir klar, dass der präexistirende tubare Abortus keine Beziehungen zu den von der Kranken empfundenen Schmerzen hat; derselbe musste vielmehr als beendet und spontan geheilt betrachtet werden. **R. Saulmann** (Brüssel).

---

3) Geburtshilfliche Gesellschaft in London.

(Brit. med. journ. 1899. Oktober 21.)

Alban Doran führt am 4. Oktober den Vorsitz und Williamson bespricht die bläschenförmigen Veränderungen des Chorions.

Er huldigt den alten Anschauungen, auch hinsichtlich des Myxoma fibrosum. Gewöhnlich geht die Degeneration des Chorions dem Fruchttode voraus. W. bezweifelt die Richtigkeit der Annahme Spiegelberg's, dass die Blasenmole eine Erkrankung fötaler Theile sei, da dieselbe Frau mehrfach erkrankt war. Angeblich haben sich die Schwangerschaften der an Blasenmole erkrankten Frauen nicht rasch gefolgt. Das Uteringeräusch und die Herztöne vermisst man nicht bei der Erkrankung. Häufig besteht zu gleicher Zeit Albuminurie. • Die Mortalität schwankt zwischen 20—30%.

Hermann schätzt die Sterblichkeit nicht so hoch, wenn man keine intrauterinen Eingriffe vornimmt, sondern die Austreibung der Mole der Natur überlässt.

Alban Doran weist darauf hin, dass häufig unstillbares Erbrechen bei Blasenmolen vorkommt (Brindeau und Bué).

Keiffer führt die Mole auf eine proliferirende Arteriitis zurück.

Neumann, Marchand und Ludwig Fränkel machten es sehr wahrscheinlich, dass das Deciduom aus zurückgebliebenen Theilen einer Blasenmole entsteht.

Griffith glaubt, dass das Myxoma fibrosum nicht selten sei, sondern nur häufig übersehen werde, wenn man Fleischmolen ungenau besichtige.

Hubert Robert betont, dass auch in den Zotten der normalen Placenten bläschenartige Degenerationen gefunden würden.

Herbert Spencer hält das abdominale Ballotement in differentialdiagnostischer Beziehung für wichtig, da bei der Blasenmole selten ein Fötus vorhanden sei.

John Phillips hat nie gesehen, dass Blasen im Ausflusse sich fanden und hält eine Ausräumung der Mole nicht für gefährlich.

L. Fränkel (Breslau) spricht der Londoner geburtshilflichen Gesellschaft seinen Dank aus, dass es ihm vergönnt war, als Gast in ihr zu weilen und den hochinteressanten Vortrag des Kollegen Williamson zu hören. Der freundlichen Aufforderung des Herrn Vorsitzenden, an der Diskussion sich zu betheiligen, kommt er gern nach.

Die Beziehungen der Blasenmole zum sog. Deciduoma malignum hat der Herr Vortr. nur kurz gestreift. Wenn F. ihn recht verstand, steht Williamson auf dem von der Londoner geburtshilflichen Gesellschaft vor 4 Jahren in Form einer Resolution ausgesprochenen Standpunkte, dass das Deciduoma malignum ein gewöhnliches Uterussarkom bei Schwangerschaft sei. Die Mola vesicularis hält Williamson mit Virchow histologisch für das Myxom der Chorionzotten.

Dem gegenüber hält die große Mehrzahl der deutschen Autoren seit mehreren Jahren es für sicher erwiesen, dass das sog. maligne Deciduom von dem epithelialen Überzuge der Chorionzotten seinen Ausgang nimmt; es wurde der Zusammenhang der Geschwulstelemente mit dem Chorionzottenmantel direkt unter dem Mikroskope beobachtet. Ferner ist die Blasenmole nach neueren Untersuchungen kein echtes Myxom im Sinne der Geschwulstlehre, sondern es handelt sich um myxomatöse Degeneration des Zottenstromas bei aktiv sehr beträchtlich wucherndem Zottenepithel. Es wäre demnach die Blasenmole histologisch im Wesentlichen ein Chorio-Epithelioma benignum. Bei Geburt einer Blasenmole können leicht Reste derselben zurückbleiben und malign entarten, und das ist auch der Grund, warum so häufig an die Ausstoßung einer Blasenmole die Entstehung eines sog. malignen Deciduoms, i. e. Chorio-Epithelioma malignum sich anschließt.

F. möchte sodann noch ganz kurz auf einen zweiten Punkt aufmerksam machen: Es mehrt sich die Zahl der Fälle, in denen die Pat. an Mola vesicularis litten, und bei der Untersuchung fand man gleichzeitig doppelte Ovarialgeschwülste. F.

selbst beobachtete einen derartigen Fall, und las erst vor Kurzem den Bericht eines amerikanischen Autors über einen ähnlichen. Sollte sich diese Koincidenz noch weiterhin bestätigt finden, so spräche das sehr für die primär kindliche Natur der Blasenmolenerkrankung, eine Frage, welche Herr Williamson gleichfalls erörtert hat. **Rissmann** (Osnabrück).

---

4) Nord-England-Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Manchester, 21. April 1899. Sonderabdruck.

Fothergill weist eine Nabelschnur vor, welche einen festen doppelten Knoten hatte. Trotz desselben war nicht nur die Geburt normal von statten gegangen, sondern das Kind kam auch gesund zur Welt und schrie kräftig nach der Geburt.

Derselbe zeigte ferner einen Fötus mit Nabelschnur von Abort aus dem 2. Monate; die Nabelschnur hatte eine sackartige Erweiterung der Amnionscheide und sah die Frucht aus wie ein junger Fisch in dem Alter, in welchem der Dottersack noch am Körper hängt.

Walls (Manchester) beschreibt eine Geburt bei Uterus bicornis. Die Frau, Vgebärende, war bisher stets schwer und instrumentell entbunden worden, ohne dass aber die Ursache erkannt worden wäre. Dies Mal wurde sie in das Marienhospital gebracht, nachdem sie schon 19 Stunden lang Wehen gehabt hatte. Der Leib war sehr auffallend gestaltet, indem der Kindskopf sich in Nabelhöhe vollständig nach vorn gelagert hatte. Das Becken war durch eine weiche Masse ohne Knochen ausgefüllt, die gegen die hintere Scheidenwand drängte, die Scheide war lang und eng, der Muttermund lag halbwegs zwischen Schamfuge und Nabel, eine Hand war vorgefallen. Das Kind wurde todt geboren. Es fand sich, dass ein Uterus bicornis vorlag, dessen rechtes Horn die Placenta enthielt und in den Douglas'schen Raum hin retroflektirt war, während im linken Horne die Beine und der größte Theil des Rumpfes des Kindskörpers lagen, der Kindskopf aber im Mitteltheile des Uterus, bedeckt durch eine dünne Muskelschicht der Scheidewand zwischen den beiden Hörnern. Dem entsprechend war nach der Geburt festzustellen, dass jedes Horn eine Höhle enthielt und dicke Wandungen hatte, wogegen der Mitteltheil dünn und faltig war.

Martin (Sheffield) legte 2 Blutcysten des Eierstockes vor, mit welchen das Fimbrienende der Tuben verwachsen war, eine doppelseitige Blutung in die Eierstöcke. Die Geschwülste waren einer Frau von 45 Jahren, letzte Geburt vor 15 Jahren, entfernt worden, welche 12 Monate vorher einen plötzlichen Schmerzanfall mit Ohnmacht erfahren, dann stets an Schmerzen gelitten und Schwellungen zuerst nur an einer, später auch an der anderen Seite bemerkt hatte. Nach einer genauen Untersuchung, die beiderseits eine, wahrscheinlich ovarielle, Geschwulst festgestellt hatte, nahm nicht nur der Schmerz, sondern auch die Größe der einen Geschwulst erheblich zu, worauf die Operation vorgenommen wurde. Beide Cysten enthielten zersetztes, stinkendes, flüssiges Blut. Leider ist nicht gesagt, ob noch unverändertes Eierstocksgewebe vorhanden war.

Sinclair spricht über Adenoma malignum, dessen klinische Entwicklung er für langsamer hält, als beim Carcinom. Er hält es für sehr schwierig, durch die mikroskopische Untersuchung zwischen benignem und malignem Adenom zu unterscheiden. Allerdings sind bei der benignen Form, der Endometritis glandularis hypertrophica, die Drüsen regelmäßig angeordnet, allein diese regelmäßige Anordnung kommt auch bei entschieden bösartigen Formen zuweilen vor, wenn auch in der Mehrzahl der Fälle, ja sogar zuweilen an verschiedenen Stellen desselben Präparates, sich Unregelmäßigkeit der Anordnung vorfindet. S. hält allein die Heterotopie für entscheidend; wenn sich Drüsenschläuche in das Muskelgewebe hinein erstrecken, dann ist an der Bösartigkeit des Adenoms kein Zweifel mehr. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

5) British medical Association.

(Brit. med. journ 1899. September 30.)

Stanley Boyd hat bei inoperablem Krebs der Brustdrüse durch Entfernung der Ovarien 1mal Heilung, 1mal Besserung und 1mal Misserfolg gehabt. Thyreoidintabletten wurden nicht außerdem gegeben. B. stellt unter 19 Beobachtungen aus der Litteratur insgesammt 4 Heilungen und 3 Besserungen zusammen. Er erklärt diese Erscheinungen mit der inneren Sekretion der Ovarien.

Roger Williams kann eine wissenschaftliche Basis für die Behandlung des Carcinoma mammae durch die Oophorektomie nicht finden und kann nicht einsehen, wie bei klimakterischen Pat. eine Beziehung gedacht werden kann. Vielleicht hat es sich in den erwähnten Fällen gar nicht um Krebs gehandelt. Eine Besserung krebsiger Ulcerationen kommt auch vor bei erschöpfenden Krankheiten, wie Tuberkulose, Eiterungen u. dgl. m.

Anderson (Galway) glaubt, dass Verkümmerungen der Ovarien im jugendlichen Alter die Entwicklung der Brustdrüsen hemmen.

Cantlee und Pembrey stimmen dem Vortr. zu.

Charles stellt das Verschwinden von Krebsknoten der Mamma nach der Oophorektomie in Parallele mit der Rückbildung der Prostata nach der Kastration. Es sei schwer zu sagen, ob chemische Processe oder nervöse Einflüsse wirksam sind.

Boyd bemerkt im Schlussworte, dass Zweifel in der Diagnose bei seinen Fällen nicht bestanden. Eine wirkliche Heilung hat er aber nicht behaupten wollen. Eine Atrophie der Krebsknoten kann jedoch nicht geleugnet werden und kann nur durch die Oophorektomie veranlasst sein. Dass krebsige Neubildungen bei großer körperlicher Schwäche zum Stillstande kommen, wie Williams meint, kann B. nach seinen Erfahrungen nicht bestätigen. **Rissmann** (Osnabrück).

Myome.

6) L. Pick (Berlin). Über Adenomyome des Epoophoron und Paroophoron.

(Virchow's Archiv Bd. CLVI. Hft. 3.)

Die Mittheilung ist in erster Linie bestimmt, den Nachweis einer direkten Adenomyombildung aus dem Epoophoron zu liefern und so fern in dieser, aus sicheren Urnierenresten hervorgegangenen Geschwulst der makroskopische und mikroskopische Typus der »paroophoralen« Uterus- und Tubenadenome wiederkehrt, den einen der noch fehlenden Schlusssteine in die Beweisführung v. Recklinghausen's einzufügen.

Durch die eingehende Untersuchung zweier Geschwülste, die beiderseits an der Stelle des Epoophorons lagen, und krititsche Besprechung, deren interessante Einzelheiten im Originale nachgelesen werden müssen, kommt Verf. zu folgenden Resultaten:

1) Das Epoophoron (Parovarium) kann an seiner typischen Stelle im Ligamentum latum Adenomyome hervorbringen, die dicht an den Eierstock herantreten. Sie führen cytogenes Bindegewebe; ihre drüsigen Bestandtheile besitzen specifische Urnierenstruktur. In ihrer Umgebung gehen sie in ihren ersten Entwicklungsstadien ganz diffus auf. Diese aus dem Epoophoron in situ hervorgehenden Adenomyome wiederholen also in den charakteristischen makro- und mikroskopischen Punkten das Bild der aus hypothetisch verlagerten Urnierenkeimen entstehenden paroophoralen Adenomyome der Uterus- und Tubenwandung v. Recklinghausen's.

2) Die epoophoralen Adenomyome des breiten Mutterbandes lassen auf die autochthone Entstehung auch paroophoraler oder kombinirter epoophoraler und

paroophoraler Adenomyome (L. Aschoff) im Lig. latum schließen. Da aber die ursprünglichen diffusen autochthonen Tumoren bei fortschreitendem Wachsthume sich gleich sekundär eingewanderten begrenzen und histologische Verschiedenheiten zwischen ep- und paroophoralen Adenomyomen nicht durchgreifend sind, so ist eine genaue Feststellung der Genese — ob autochthon oder nicht? ob epoder paroophorale Abstammung? — namentlich bei voluminösen interligamentären Adenomyomen meist nicht angängig.

3) Diejenigen Adenomyome am weiblichen Geschlechtsapparate, deren Epithelien der Urniere entstammen, sind nach rein topographischen Gesichtspunkten in paroophorale (am Uterus, Tuben, hinterem Fornix vaginae, Leistengegend, medialem Lig. lat.) und epoophorale (lateralem Lig. lat.) zu trennen.

Die bezüglich der besonderen Genese zweifelhaften können, wie diese ganze Klasse der Adenomyome überhaupt, als mesonephritische bezeichnet werden. Ihnen steht, an Uterus und Eileiter, die Klasse der schleimhäutigen gegenüber.

4) Wie bei den paroophoralen Adenomyomen, so können auch bei den epoophoralen die adenomatösen Bestandtheile auffallende Analogie mit der Mucosa corporis uteri bieten. Besondere Gruppirung der adenomatösen und myomatösen Bestandtheile (centrales Adenom mit Riesenhauptampulle, myomatöser Mantel) kann am Platze des Epoophorons das ausgesprochene Bild eines accessorischen Uteruskörpers erzeugen. **Gläser** (Danzig).

7) S. Neumann. Über einen Fall von Adenomyom des Uterus und der Tuben mit gleichzeitiger Anwesenheit von Urnierenkeimen im Eierstocke.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 3.)

Es handelt sich in diesem Falle, der in der Leipziger Frauenklinik untersucht wurde, um eine förmliche Übersäung der inneren Genitalien mit embryonalen Drüsenresten und deren Abkömmlingen. Der genauen Beschreibung der Präparate — Uteruscorpusmyom von Faustgröße, Cervixkugelmyom, subseröse Cysten an der Vorderwand des Corpus, Tubenwinkeltumoren, subseröse Cysten auf der verdickten Wand der beiden Hydrosalpinges, adenomatöser Funduspolyp — folgt eine kritische Besprechung aller mikroskopischen Befunde, eine vergleichende Durchsicht der stark angewachsenen Litteratur und vorsichtige Prüfung aller sogenannten charakteristischen Merkmale dieser Tumoren für ihren paroophoralen Ursprung.

Aus den Betrachtungen des Verf. geht hervor, dass weder der Sitz noch die Struktur der adenomyomatösen Bildungen einen sicheren Schluss auf ihre Abstammung zulassen. Das faustgroße Corpusmyom saß im Gegensatze zu den v. Recklinghausen'schen Beobachtungen in der Vorderwand. Oberflächlich lagen in demselben zahlreiche epithelführende Cystenbildungen frei im Myomgewebe, während in den centralen Partien nicht erweiterte Drüsentubuli in reichlichem cytogenem Gewebe eingebettet waren. N. führt gerade für diese tiefgelegenen Bildungen des näheren aus, dass die große Ähnlichkeit der Drüsen und ihrer Anordnung wie auch das umgebende cytogene Gewebe in allererster Reihe für die Abstammung aus den Müller'schen Gängen sprechen, wogegen für die Abstammung aus Urnierenkeimen kein einziger Beweis vorliegt. Die von v. Recklinghausen angegebene charakteristische Struktur der paroophoralen Drüsenröhrchen vermisste N. in seinem Falle fast vollständig; es war nichts von Neben- und Hauptkanälen, nichts von kammartiger Aufstellung der Röhren zu sehen. Gerade bei den aus der Tube stammenden Präparaten, die auch Verf. vom Paroophoron herzuleiten geneigt ist, fehlt in diesem Falle jede Spur von cytogenem Gewebe, während die in cytogenem Gewebe liegenden Drüsen die Flimmerhaare am Epithel vollständig vermissen lassen. Hingegen tragen die oberflächlichen Cysten hohes Cylinderepithel mit Flimmern. N. glaubt annehmen zu müssen, dass mit fortschreitender Ausdehnung der Gebilde auch aktive Proliferation des Epithels stattfinde, bei welchem sich alsdann auch die ursprünglichen Eigen-

schaften, namentlich der Flimmerbesatz zeigen. Es kann mit Wahrscheinlichkeit behauptet werden, dass in dem Corpusmyom ein Kombinationstumor vorliegt, bei dem die peripheren Drüsengebilde aus Urnierenkeimen, die centralen dagegen wie die des Polypen aus dem Müller'schen Gange entstanden sind. In den Tubenwinkeltumoren herrscht zerstreute Cystenbildung vor. Auch die adenomyomatösen Bildungen in der verdickten Tubenwand selbst zeigen ausschließlich zerstreute Ordnung der Drüsen, das Fehlen des cytogenen Gewebes und das Vorherrschen der miliaren Adenomyomknötchen. Diese letzteren Bildungen scheinen von großer Bedeutung zu sein: Enge Drüsenlichtungen, welche im Mittelpunkte eines wohlentwickelten Muskelmantels liegen, und zwar an Stellen auch, wo von Tubenmuskulatur keine Spur mehr vorhanden war. Sowohl Drüse als auch Muskelmantel scheinen in diesen Knötchen paroophoraler Abkunft zu sein, und das ursprüngliche embryonale Material für die Drüsenwucherungen darzustellen. Endlich beschreibt Verf. im Hilus und Parenchym des rechten Ovariums Drüsenstränge und Cysten, welche dem sexuellen Theile des Wolff'schen Körpers zu entstammen scheinen. Auch um diese Bildungen fehlt das cytogene Gewebe.

Die Arbeit, der 7 mikroskopische Bilder beigegeben sind, scheint desshalb bedeutungsvoll, weil in ihr die sog. charakteristischen Merkmale für Urnierenabstammung von adenomyomatösen Bildungen, die zuerst von v. Recklinghausen aufgestellt wurden, auf ihren wahren Werth zurückgeführt werden. Viele Beobachtungen des Verf. zusammengehalten mit ähnlichen Anderer sind geeignet, wenigstens für einen bedeutenden Theil der Adenomyome den embryonalen Ursprung vom Müller'schen Gange wahrscheinlich zu machen.

Courant (Breslau).

8) **Ehrendorfer** (Innsbruck). Zur Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 3.)

E. glaubt, wenn die im Anschlusse an B. S. Schultze's Abhandlung publicirten Beobachtungen etwas reichlicher wären, so würde man eine größere Anzahl von Fällen von Torsion durch peritoneale Adhäsionen zu verzeichnen haben, doch zur Zeit fehlen auch in den Krankengeschichten gewöhnlich die Belege. Die Geschwülste nun drehen den Uterus oft ganz langsam, indem sie denselben bei ihrem fortschreitenden Wachsthume gewissermaßen mitnehmen und dann auch die Harnblase in Mitleidenschaft ziehen. Er beobachtete selbst, dass ein großes Myom bei seiner Ausdehnung in der rechten Beckenhälfte den Uterus allmählich um ca. 180° drehte, so dass die Hinterfläche über rechts nach vorn kam und die adhärente Blase bis zur Harnverhaltung mitdrehte. Der Tumor wurde unter Amputation des Uterus mit Glück entfernt. Die Abbildungen zeigen deutlich, wie die Vorderfläche nach hinten links verdreht ist. **Roesing** (Hamburg).

9) **E. Alexander.** Zur Inversion des Uterus durch Geschwülste.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 2.)

A. beschreibt einen in der Dresdener Frauenklinik beobachteten Fall von Inversion des Uterus durch ein Fundusmyom. Die sog. »partielle Inversion«, bei der die Formveränderung des Organs unabhängig von der Tiefe der Einstülpung auf einen kleinen Theil der Uteruswand beschränkt ist, muss von der »beginnenden Inversion« scharf geschieden werden. Die Umstülpung kommt gewiss auf verschiedene Art und Weise zu Stande. A. bestreitet keineswegs die Richtigkeit der von Werth, Schauta und Gottschalk ausgesprochenen Ansicht, dass das Wachsthum der Geschwulst, ihre Schwere und der intraabdominelle Druck bei vollständiger Erschlaffung der Uterusmuskulatur zur Inversion führe, glaubt jedoch mit Anderen, dass in dem einen oder anderen Stadium der Umstülpung Kontraktionen des Uterus als ursächliches Moment mit in Rechnung zu ziehen sind. Seinen Fall selbst erklärt er durch den normalen Tonus, die Elasticität des Muskels, die an der Geschwulsthaftstelle zur Einstülpung und des weiteren zur Vertiefung der einmal geschaffenen Delle führen kann. Der kontraktionsunfähige Theil, an dem

die Geschwulst haftet, wird von der sich kontrahirenden Umgebung aus dem Niveau der letzteren gedrängt, natürlich nach der Seite, wo das Hindernis für die Kontraktion haftet. Das Beispiel einer Gummiplatte, die nach Ausdehnung an einer Stelle mit Siegellack betropft wird, soll den Vorgang erklären. Die betropfte Stelle kann sich nach Nachlassung der Spannung nicht kontrahiren und bildet eine Delle auf der dem Siegellacke entgegengesetzten Seite. Diese Erklärung muss für die in muskelkräftigem Zustande invertirten Organe herangezogen werden.

Courant (Breslau).

10) **Bidone** (Bologna). Fibrom des Musculus obturator internus.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 3.)

Kasuistische Mittheilung über einen von Novaro mit Glück exstirpirten Tumor, nachdem von Calderini die Frau nach Porro entbunden war. Die histologische Untersuchung ergab zahlreiche quergestreifte Muskelbündel und damit die Abstammung des Tumors vom Musculus obturator internus.

Roesing (Hamburg).

11) **K. Simon.** Über die Amputatio uteri supravaginalis mit retroperitonealer Stielversorgung bei Myomen.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1898.

Nachdem Verf. einen kurzen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Myomoperationen gegeben, geht er auf das von Chrobak und Hofmeier geübte Verfahren der retroperitonealen Stielversorgung näher ein. In der Würzburger Frauenklinik wurde seit 1893 von Hofmeier 37mal die Amputatio uteri supravaginalis mit retroperitonealer Stielversorgung gemacht und finden wir in der Arbeit die Krankengeschichten der Reihe nach angeführt. Von den 37 Pat. starb nur 1 in Folge der Operation (Peritonitis diffusa purulenta). Verf. schließt mit den Worten: Die besten Erfolge hat, so weit sich bis jetzt nachweisen lässt, immer noch die Methode nach Chrobak-Hofmeier erzielt.

R. Biermer (Wiesbaden).

12) **A. Czempin** (Berlin). Über die modernen Myomoperationen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 27.)

C. macht darauf aufmerksam, dass es unbedingt geboten ist, Myomkranke von Zeit zu Zeit zu untersuchen, da häufiger, wie man bisher angenommen, eine maligne Entartung des Myoms eintritt bezw. sich neben dem letzteren ein Carcinom entwickelt. Er selbst berichtet über 4 solche Fälle. Ferner betont auch er, dass der günstige Einfluss der Klimax kein absolut sicherer ist. Abgesehen davon, dass das Klimakterium häufig sehr lange auf sich warten lässt, erfährt auch das Wachsthum der Geschwülste und damit die weitere Entwicklung der Beschwerden oft keinen Stillstand. Einschlägige Krankengeschichten werden im Originale in Kürze mitgetheilt. Eine weitere vom Klimakterium nicht beeinflusste, ungünstige Stellung nehmen die intraligamentären Myome ein. Sie gerade können sehr lästige Beschwerden hervorrufen. Trotzdem hat C. hier die Operation vermieden, wenn jene sich auf andere Weise mildern ließen, da der Eingriff technisch ziemlich schwierig und prognostisch durch die größere Gefahr der Infektion in Folge der weiten Eröffnung des Beckenbindegewebes schlechter ist. Er hatte unter 5 Fällen 3 Todesfälle.

In der spontanen Ausstoßung der Myome sieht C. eine nicht geringe Gefahr, bedingt durch Gangrän des bereits in die Scheide geborenen Abschnittes, schwerer Jauchung und Eintritt allgemeiner Sepsis. Aus diesem Grunde verwirft er die eine spontane Elimination begünstigenden palliativen Operationsmethoden; Ausschabung der Uterushöhle und elektrische Behandlung. Auch der Enukleation submuköser Myome durch den erweiterten Cervicalkanal steht er ablehnend gegenüber und empfiehlt dafür warm die Dührssen'sche vaginale Laparotomie.

Die vaginale Totalexstirpation des myomatösen Uterus übt C. nur dann, wenn die Durchführung des nicht zerkleinerten Myoms durch die Scheide möglich ist.

Er berichtet über einen Fall, in welchem, nachdem die Geschwulst durch Excision bereits stark verkleinert war, die Hakenzangen ausrissen und der Uterus in die Höhe schnellte. Nachdem er wieder gefasst und vorgezogen war, fand sich die Kapsel des Myoms leer; letzteres war in die Bauchhöhle geboren. Nach schneller Totalexstirpation des Uterus wurden die Myomreste durch die vaginale Wunde entfernt. Tod am 5. Tage p. o. an Sepsis, hervorgerufen durch einen in der Bauchhöhle zurückgebliebenen, gangränös gewordenen Geschwulstrest.

Die abdominale Myomektomie übt C. da, wo die gesetzten Wunden in der Uteruswand nicht zu große und vielfache sind.

Der abdominalen Totalexstirpation giebt er vor der supravaginalen Amputation entschieden den Vorzug. **Graefe** (Halle a/S.).

13) **W. H. C. Newnham** (Bristol). Ein Fall von Hysterektomie wegen Uterusfibroid mit intraabdominaler Stielbehandlung.

(Bristol med.-chir. journ. 1899. März.)

Bemerkenswerth an dem Falle ist eigentlich nur, dass dies der 1. Stumpf war, der in Bristol intraabdominal behandelt wurde, und dass es keine Hysterektomie war, sondern eine Myomektomie. Glatte Heilung. **Zeiss** (Erfurt).

14) **A. Solowij** (Lemberg). Übersicht über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der operativen Heilung von Uterusmyomen.

(Przegląd lekarski 1899. No. 16.)

Subseröse Myome darf man ausschälen oder amputiren — auf ventralem Wege — wenn man sicher ist, dass im Uterus sonst keine Myome mehr vorhanden sind.

Einzelne und nicht zahlreiche, leicht zu erreichende submuköse Myome soll man vom Cavum des Uterus aus ausschälen, mit Erhaltung desselben.

Myome bis zu Kindskopfgröße eignen sich für die vaginale Hysterektomie.

Noch größere Myome werden am besten mit der supravaginalen Amputation des Uterus mit retroperitonealer Stielversorgung angegriffen.

Mehr als kindskopfgroße Myome, die tief im Collum oder in der Portio sitzen oder mit gleichzeitigem Portiocarcinom vergesellschaftet sind, indiciren die totale Uterusexstirpatio per laparotomiam.

Stark geschwächte oder alte Myomkranke werden besser mit extraperitonealer Stumpfbehandlung operirt, da sie blutleerer und weniger zeitraubend ist.

Flatau (Nürnberg).

15) **E. Wertheim** (Wien). Bericht über 52 Myomoperationen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 21.)

Obwohl Verf. vorliegende Arbeit nur einen schlichten Bericht über die von ihm im Laufe des letzten 1½ Jahres in selbständigem Wirkungskreise (als Vorstand des Bettina-Frauenspitales) ausgeführten Myomoperationen nennt, finden wir hauptsächlich eine in konciser Form gegebene Darstellung über den Stand der Operationsmethoden in der modernen Gynäkologie und der vom Verf. auf Grund seiner Erfahrungen vertretenen Principien. Das Interesse war ein um so aktuelleres durch den Zeitpunkt, in welchem der betreffende Vortrag gehalten wurde und der unmittelbar vor dem vorjährigen gynäkologischen Kongresse (Berlin), für welchen die Myomotomie zum Referate bestimmt war, fiel, und zusammen mit dem Erscheinen der diesbezüglichen Referate von Zweifel und von v. Rosthorn.

Insbesondere tritt Verf. im Großen und Ganzen warm für die vaginale Operation ein. Im Allgemeinen hält W. es für nebensächlich, ob man Ligaturen oder Klemmen anwendet; auf beide Arten können ausgezeichnete Erfolge erzielt werden. Er widerstreitet, dass man mit der Klemmmethode in Fällen auskommt, wo die Ligaturmethode versagt. Sollte sich die Angiothrypsie bewähren, dann wird man vielleicht auf beide genannte Methoden verzichten können.

Um die Diskreditirung des vaginalen Weges hintanzuhalten, muss man zwischen ihm und dem abdominalen möglichst scharfe Grenzen ziehen.

Nach W.'s Erfahrung erweist sich der Nabel als oberste Grenze. Bei hochgradig anämischen Frauen, Degeneratio cordis et vasorum geht W. über Kindskopfgröße nicht hinaus. Bei Morcellement ist nicht jeglicher Blutverlust zu vermeiden. Der einzige Todesfall, den W. unter den vaginalen Myomotomien erlebte, betraf eine Frau mit einem fast bis zum Nabel reichenden Myom, bei welcher hochgradige Myodegeneratio cordis bestand. Pat. starb 8 Stunden post op. im Collaps.

Die Größe ist nicht allein maßgebend, es kommt auf das topographische Verhältnis der Geschwulst zum Collum uteri an, ferner auf die Beweglichkeit. Malignität muss ausgeschlossen sein. Eine Operation vaginal zu beginnen und dann zum abdominalen Wege umsatteln zu müssen, ist nicht von Vortheil.

Die vaginalen Operationen sind durchaus sichere Operationen mit genau abgrenzbarer Indikation. Unter 52 Myomoperationen war die vaginale 36mal intendirt und 34mal durchgeführt worden. 2mal musste zur abdominalen Köliotomie übergegangen werden. 25mal war Morcellement nothwendig (3mal hiervon konnte konservativ verfahren werden); 6mal wurde nicht morcellirt, in 3 weiteren Fällen wurden die submukösen Myome enukleirt, ohne dass das Peritoneum eröffnet worden wäre. Nebenverletzungen kamen nicht vor. Die Ovarien wurden, wenn sie nicht erkrankt waren, zurückgelassen. Die Dauererfolge sind günstig.

Bezüglich der abdominalen Operation kommen heute fast nur die radikalen in Betracht.

In keinem Falle brauchte W. zur Kastration zu greifen.

Die Enukleation wurde nur 1mal (Schwangerschaft im 5. Monate, Heilung, spontane Geburt) gemacht. Die Resultate der supravaginalen Amputation haben sich sehr gebessert und stehen jener der Totalexstirpation nicht nach; die Möglichkeit einer bösartigen Geschwulstbildung im zurückgelassenen Stumpfe ist nach den bisher bekannt gewordenen Fällen noch kein Grund gegen die supravaginale Operation. In vielen Fällen hat das Zurücklassen des Stumpfes Vortheile. Auch die Totalexstirpation hat bestimmte Indikationen, die näher ausgeführt werden. Die extraperitoneale Stielbehandlung erklärt Verf. für gefallen.

Unter den 18 Operationen befindet sich 1 Todesfall, der aber nicht der Operation zur Last fällt.

Es giebt keine principiell vorzuziehende Methode, nirgends gilt es, so zu individualisiren, als bei der operativen Behandlung der Uterusmyome. Zum Schlusse betont W. die Nothwendigkeit der strikten Indikationsstellung. Nicht jedes Myom muss behandelt werden und Behandlung ist nicht gleich Operiren.

Dittel (Wien).

16) J. **Pstrokoński** (Warschau). Beitrag zur Kasuistik der Fibrome der vorderen Bauchwand.

(Gaz. lekarska 1899. No. 10.)

Eine 21jährige IVpara bemerkte schon in ihrer 3. Schwangerschaft unterhalb der Leber einen gänseeigroßen Tumor in den Bauchdecken. Während der letzten Schwangerschaft vergrößerte sich die Geschwulst rasch und rief Schmerzen hervor, derentwegen sich die Kranke zu Neugebauer (Warschau) begab, der einen nicht mit den Genitalien zusammenhängenden Tumor konstatirte und die Operation empfahl. Die Kranke entzog sich dieser, gebar nach 4 Monaten und suchte dann spontan operative Hilfe, da die Schmerzen größer geworden waren, ein Gefühl von Schwere im Bauche sich eingestellt und der Tumor allmählich Mannskopfgröße erreicht hatte. Ohne genauere Diagnose machte Neugebauer die Köliotomie, die erst klarstellte, dass der Tumor extraventral lag und offenbar von der Rectusscheide ausging. Die Operation verlief sonst glatt und die Pat. wurde geheilt entlassen. Der Tumor wog 9,5 Pfund. Die Konsistenz desselben war im Großen und Ganzen hart, nur an einzelnen Stellen fanden sich Erweichungsherde bis zur Größe einer Haselnuss und mehr. Die Einzelheiten der mikroskopischen Untersuchung führten zu der genaueren Diagnose: Fibroma teleangiektodes lymphektodes. Für die Ätiologie des Tumors fand sich in der Anamnese keine Handhabe.

Flatau (Nürnberg).

17) **Kisch.** Brunnen- und Badekuren bei Uterusmyomen.

(Therapeutische Monatshefte 1899. No. 3.)

Myomkranke sollen, wenn sie nicht dringend eine Operation erfordern, immer erst einer Bade- und Trinkkur unterzogen werden. Die alkalisch-salinischen Mineralwässer sind im Stande, durch Anregung der Darmthätigkeit und Diurese den arteriellen Blutdruck herabzudrücken und dadurch die arteriosklerotischen Veränderungen in den Gefäßen der Gebärmutter und die venösen Stauungen in derselben, welche an der Entstehung der Myome als mitbetheiligt angesehen werden, günstig zu beeinflussen. Die kohlensäurereichen Säuerlings- und Soolbäder können auf dem Reflexwege kräftige Kontraktionen der intakten Uterusparenchymschichten herbeiführen, welche sowohl eine Verkleinerung der Gefäße und somit eine mangelhafte Ernährung des Myoms bewirken, als auch einen direkten Druck auf das Myom üben und in diesem Verkalkungen und nekrobiotische Veränderungen veranlassen. Nicht selten waren danach ein Kleinerwerden, ja sogar ein Verschwinden der Myome zu beobachten. Auch die Herzbeschwerden der Myomkranken werden günstig beeinflusst, indem der Herzmuskel gekräftigt, eine übermäßige Fettbildung herabgesetzt, die Blutbildung gefördert und der drohenden Myodegeneration des Herzens vorgebeugt wird.

Für myomkranke Frauen jugendlichen Alters und zarter Konstitution, bei denen die starken Blutungen zu Anämie und Herzbeschwerden geführt haben, empfiehlt sich Cudowa, Nauheim und demnächst Oeynhausen und Kissingen. Daneben kann der innerliche Gebrauch kräftiger Eisenwässer (wie Schwalbach, Pyrmont, Franzensbad, Ambrosiusbrunnen Marienbads) nützlich sein. Bei Frauen in den mittleren Jahren, so wie im Klimakterium, mit kräftigem Körperbau und entwickeltem Fettpolster, bei den Erscheinungen des Mastfettherzens, beim Prävaliren von venösen Stauungserscheinungen ist die Anwendung der Bäder und Quellen Marienbads vorzuziehen. Auch die Kochsalzwässer vom Homburg und Kissingen kommen hier in Betracht. — Die lokalen Beschwerden, die von komplicirender Metritis und Perimetritis abhängen, werden durch jod- und bromhaltige Soolbäder und Moorbäder (Franzensbad, Marienbad, Elster) günstig beeinflusst, eben so durch Umschläge von Jodsoole, Mutterlauge in verdünnter Lösung und Moorkataplasmen.

Witthauer (Halle a/S.).

18) **A. Doran.** Myom im rudimentären Horne eines Uterus unicornis.

(Brit. med. journ. 1899. Juni 10.)

Eine 38jährige Pat. hatte 2mal geboren und bemerkte jetzt seit 1 Jahre eine schmerzhafte Anschwellung des Leibes. Die Periode war stets regelmäßig gewesen. Die bimanuelle Untersuchung ergab einen langen, stark anteflektirten Uterus und in der rechten Seite einen frei beweglichen, ovalen Tumor, der keine Verbindung mit dem Uterus zu haben schien. Die Scheide zeigte keine Andeutung eines Septums. Bei der Operation boten Uterus und linke Anhänge nichts Besonderes; die rechte Tube und das rechte Ovarium saßen aber an der Außenseite des Tumors, ebenfalls das rechte Lig. rotundum. Mit dem Uterus hing der Tumor durch ein breites Band zusammen, welches unten direkt in das Lig. latum überging, oben einen freien Rand hatte. Von unten her lief eine starke Arterie (rechte Uterina) in die äußere Hälfte des Tumors. Ein Hohlraum wurde in dem durch das Band dargestellten Uterushorne nicht gefunden. — Einen ähnlichen Fall hat Amand Routh beschrieben. Die Diagnose blieb aber in diesem Falle in vivo zweifelhaft, da die Operation nicht gemacht wurde. **Rissmann** (Osnabrück).

Uteruscarcinom.

19) **W. A. Freund** (Straßburg). **Über die Methoden und Indikationen der Totalexstirpation des Uterus, speciell in Bezug auf die Behandlung des Uteruscarcinoms. Nebst einem Anhange über Versuche zur Durchspülung von Gliedern und Organen lebender Organismen.**

(Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. I. Hft. 3.)

Der Aufsatz F.'s ist eine kritische Übersicht über 20 Jahre eigener und fremder Arbeit, hervorgerufen durch den schwankenden Zustand unserer Urtheile und Indikationen über diesen Gegenstand. F. stellt zunächst fest, dass die erste Methode, den Uterus zu exstirpiren, die abdominale gewesen ist. Die vaginale Methode ist unstreitig die rationellste für die nicht krebsigen Erkrankungen des Uterus und für diejenigen wenigen krebsigen, bei denen die Lokalisation sicher auf den Uterus begrenzt ist. Das letztere ist aber meistens bei den zur Beobachtung kommenden Carcinomen nicht mehr der Fall und da genügt die vaginale Methode nicht, wie die große Zahl der immer wieder auftauchenden Vorschläge beweist. Die anerkannteste Indikation zur Uterusexstirpation war und ist die carcinomatöse Erkrankung. Hiebei erwähnt F. die zwei absolut sicheren Fälle von Heilung durch die Operation, von denen der eine 20, der andere 16 Jahre lang beobachtet ist. Es ist sehr interessant, dass es sich in beiden Fällen nicht um einfache Frühformen des Carcinoms gehandelt hat, sondern dass die eine Pat. ein Recidiv nach Portioamputation, die andere ein zerfallendes Epithelialcarcinom an der Portio und gleichzeitig ein Krebsgeschwür im Fundus uteri hatte. Die Gründe für die thatsächlich schlechten Erfolge unserer Krebstherapie sind mannigfache: ein großer Theil der Kranken kommt zweifellos zu spät zum Arzte. Die Symptomlosigkeit und die Geringfügigkeit der ersten Anzeichen entschuldigen die Kranke, aber auch den oft angeschuldigten Hausarzt.

Die zweite Ursache liegt in unserer Unkenntnis, ob wir auch wirklich im Gesunden operirt haben. F. ist ein entschiedener Gegner der Lehre vom Impfrecidiv, da er überhaupt die Ansicht von der Infektiosität des Carcinoms scharf bekämpft und sich hierbei auf die ausgezeichneten und überzeugenden Untersuchungen Hauser's stützt. Alle Fälle von Impfrecidiv ließen sich ungezwungen als regionäre Recidive im Sinne Thiersch's erklären. Noch niemals sei Übertragung von Carcinom von Person zu Person beobachtet worden, noch niemals eine Überimpfung bei den zahllosen Verletzungen der Operateure. Was die Biologie des Krebses anbetrifft, so sei der primäre Vorgang ein aktives Tiefenwachsthum des entarteten Epithels. Die Ausbreitung der Erkrankung geschieht derart, dass durch die stark wuchernden Epithelzapfen eine starke Stauung in den feinen Blutgefäßen und Ödem des kleinzellig infiltrirten Bindegewebes hervorgerufen wird.

Die carcinomatöse regionäre Ausbreitung im Lymphgefäßsysteme kann schon bei frühzeitigster Erkrankung erfolgen, ohne dass Palpation oder makroskopisches Aussehen die Thatsache verrathen. Später erfolgt erst der Durchbruch in die Venen, wodurch Venenthrombosen und Krebsmetastasen eingeleitet werden. Die Bedeutung der Erblichkeit schlägt F. nicht hoch an. Dagegen betont er scharf die Prädilektionsstellen des Carcinoms und findet die Erklärung für sie im Vorhandensein von physiologischen und äußeren hinzukommenden Reizen. Während das anatomische Bild des Carcinoms klar ist, ist man noch nicht in der Lage, dasselbe klinisch fest zu umschreiben. Die weichen Krebse sind unvergleichlich bösartiger als die harten, eben so die im jugendlichen Alter auftretenden. F. spricht sich gegen die Annahme eines specifischen Carcinomreizes aus.

Als prophylaktische Maßregeln erwähnt F. die Lehre, am Uterus übernarbtes Ektropium operativ zu beseitigen; statt der adstringirenden alkalische Injektions-

flüssigkeiten anzuwenden, Übermaß im sexuellen Genusse zu vermeiden und endlich die Ärzte dringend zu ermahnen, ihre Klientinnen über die Wichtigkeit sachverständiger Untersuchung bei sexuellen Störungen aufzuklären.

Die einzig rationelle Behandlung des Uteruscarcinoms ist die operative, und zwar die vaginale Exstirpation bei Krebsen der äußeren Portioflächen, die abdominelle mit weitgehender Entfernung der Drüsen und des Beckenbindegewebes bei Krebsen der Cervix und des Corpus. Abweichend von anderen Anschauungen ist F.'s Empfehlung, auch bei inoperablen Carcinomen die vaginale Exstirpation als Palliativoperation durchzuführen.

Kurz angeführt sei hier noch der interessante Versuch F.'s, carcinomatöse Partien des lebenden Körpers mit alkalischen Substanzen zu durchspülen, nachdem das Blut aus dem betreffenden Kreislaufstücke entfernt worden ist. Ein wirklicher Nutzen des genialen Einfalles war nicht zu bemerken.

Was die Exstirpation des Uterus bei Myom anbetrifft, so hält F. sie dann für indicirt, wenn die Myomerkrankung des ganzen Uterus, die Cervix mit einbegriffen, durchsetzt hat, oder wenn sie mit maligner Degeneration komplicirt ist. Bei Prolaps totalexstirpirt F. nur diejenigen Fälle, welche mit einer auf andere Weise nicht zu heilenden Erkrankung komplicirt sind; niemals bei jungen Personen.

Bei den sog. entzündlichen Adnexerkrankungen greift F. zur Exstirpation, wenn Eiter durch die Probepunktion nachgewiesen ist. Bei septischer Erkrankung des Uterus hat F. 2mal ohne Erfolg operirt, trotzdem er sogar das erkrankte Lig. latum so hoch als möglich dabei entfernt hatte. Bei den sog. unstillbaren Blutungen, die F. mit v. Recklinghausen als neuropathische angesehen wissen möchte, warnt er ernstlich vor der Hysterektomie. Selbstverständlich verwirft F. auch die Uterusexstirpation bei Nervenkrankheiten. Schließlich erwähnt der Autor noch die Hysterektomie als Verlegenheitsoperation, wenn unerwartete Zufälle bei anderen Operationen dazu zwingen.

F. schließt mit einem warmen Appelle um strengste Indikationen seine Arbeit, deren reicher Inhalt, deren Vielseitigkeit und deren prachtvolle Diktion jedem Leser einen hohen Genuss bereiten wird. **Flatau** (Nürnberg).

20) **Russel** (Edinburg). Die Parasiten des Krebses.

(Lancet 1899. April 29.)

R. hat schon im Jahre 1890 einen extra- und einen intracellulären Organismus beschrieben, den er für die Ursache des Krebses ansah und mit dem Namen »Fuchsinkörper« belegte. In der jetzt vorliegenden Arbeit kommen Vertreter beider Parteien, namentlich aber Anhänger der Blastomycetentheorie Sanfelice's, zu Worte und man erhält desshalb einen guten Überblick über die vorliegende Frage. R. kommt zu dem Schlusse, dass es zweifellos sei, dass in malignen Tumoren Blastomyceten gefunden werden, dass es dagegen noch nicht sicher bewiesen sei, dass die Sporozoen die Ursache jener Geschwülste seien, wenn auch die Menge des vorliegenden positiven Materiales jene Annahme wahrscheinlich mache. **Rissmann** (Osnabrück).

21) **W. R. Williams** (Preston). Der Einfluss anderer Krankheiten auf Krebs.

(Edinb. med. journ. 1898. Oktober.)

Als Ergebnis vieler Hundert eigener Beobachtungen, Aufzeichnungen aus Spitälern und Autopsien hat Verf. die Ansicht gewonnen, dass der angeblich bessernde oder gar heilende Einfluss eitriger, erysipelatöser Erkrankung oder Impfung auf Carcinomatöse nicht existirt, auf Täuschung, d. h. irrthümlicher Diagnose beruht. Der scheinbare Stillstand wirklich maligner Erkrankungen sei Theilerscheinung überhaupt herabgesetzter Vitalität. Das relativ seltene Vorkommen früherer oder gleichzeitiger Lues kann dagegen Verf. bestätigen. Aktive Phthise mit Krebs ist relativ selten, dagegen fanden sich bei Krebsautopsien häufiger Reste absoluter Tuberkulose als in anderen Fällen, 12 : 4%. Der Ausbruch des Carcinoms fällt oft näher oder ferner zusammen mit Heilung von

Lungentuberkulose; auch scheinen überhaupt Disposition zu Tuberkulose und Carcinom häufig zu koincidiren; ja, nach Verf.s Ansicht, stammen die meisten Krebskranken aus Familien mit tuberkulöser Disposition. **Zeiss** (Erfurt).

22) A. Poncet (Lyon). **Über die ano-rectale Dilatation gegen die Beckenschmerzen bei inoperablem Uteruscarcinom etc.**

(Lyon méd. 1899. Februar 19.)

In einer kurzen Mittheilung an die Société des sciences méd. de Lyon empfiehlt P. bei den Beckenneuralgien der inoperablen Carcinome des Uterus, der Prostata etc. besonders bei den vom Rectum und Anus ausstrahlenden, oft unerträglichen Schmerzen die Dilatation von Anus und Rectum. Seien die Schmerzen reflektorischer Natur oder bedingt durch das Umwuchern des Darmrohres durch die Massen der Neubildung, stets fanden die Kranken erhebliche Erleichterung, ja die Schmerzen und der Tenesmus können ganz verschwinden. Auf wie lange? Darüber hat P. keine Erfahrung, da er seine Kranken »nicht über einige Monate hinaus« verfolgen kann. Einer Wiederholung der Procedur steht indessen nichts entgegen, da dieselbe, stets in Narkose, vorsichtig und methodisch ausgeführt, ganz harmlos ist. Anus und Rectum werden, so hoch hinauf als möglich, mit den Fingern oder soliden Specula dilatirt. Dasselbe Verfahren dürfte sich vielleicht auch gegen manche Form von schmerzhaftem Prostatismus und sonstigen Neuralgien in der Beckensphäre empfehlen, die einer direkten Behandlung nicht zugänglich sind. **Zeiss** (Erfurt).

Puerperium.

23) Ahlfeld. Klinische Beiträge zur Frage von der Entstehung der fieberhaften Wochenbettserkrankungen. II. Theil.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 1.)

Die vorliegende Arbeit bildet die Fortsetzung einer früheren Publikation des Verf. Sie umfasst das Material der Marburger Frauenklinik aus den Jahren 1884—1899 mit im Ganzen 4900 Geburten. Die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit sind die folgenden:

Das Wochenbett verlief fieberlos in 64,6% bezw. nach Abzug der beiden Jahre 1891 und 1892, in denen keine Scheidenspülungen vorgenommen wurden, in 66,6%, wobei als Fieber eine Steigerung von über 38° angesehen wurde.

II—V-Gebärende machten ein normales Wochenbett durch in 71,3%, I-Gebärende dagegen bloß in 55,8% (aus der Gesammtzahl von 2591 I- und 1941 II- bis V-Gebärenden berechnet).

Verletzungen des Dammes, gleichgültig ob sie durch Riss oder durch Schnitt hervorgerufen worden sind, üben auf die Frequenz der Wochenbettfieber keinen wesentlichen Einfluss aus, vorausgesetzt, dass sie gleich nach der Geburt in korrekter Weise vernäht werden.

Ein pathologisches d. h. dünnflüssiges, eitriges Scheidensekret erhöht die Anzahl der Wochenbettfieber nur dann nicht, wenn die präliminare Scheidendusche vorgenommen worden ist.

Je länger die Austreibungsperiode dauert, desto größer ist die Zahl der Wochenbettfieber; bedeutungslos ist der frühzeitige Blasensprung (bis zu 10 Stunden vor der Geburt).

Das enge Becken erhöht erst dann die Morbiditätsziffer, wenn eine Operation nothwendig wurde.

Eine bedeutende Rolle spielen der Verlauf und die Behandlung der Nachgeburtsperiode. Mit der Tiefe des Sitzes der Placenta wächst die Zahl der Wochenbettfieber, ohne Einfluss sind die Art der Lösung und der Austrittsmechanismus des Mutterkuchens. Sehr beachtenswerth erscheint die Thatsache, dass die Anzahl der Wochenbettfieber um so kleiner wird, je länger man mit der Expression der

Placenta wartet. Bei einer Dauer der Nachgeburtszeit von bloß 0—14 Minuten betrug die Anzahl der normalen Wochenbetten 50,6%. Die Zahl stieg progressiv mit der Länge der Nachgeburtszeit, um schließlich bei einer Dauer von 2 Stunden und darüber die Höhe von 71,7% zu erreichen.

Die Menge des Blutverlustes in der Nachgeburtsperiode ist im Allgemeinen ohne Bedeutung für die Erkrankung an Wochenbettfieber.

Pathologischen Geburten und geburtshilflichen Operationen, so feststehend ihre Bedeutung für die Verhältnisse in der allgemeinen Praxis auch ist, konnte bei der vorzüglichen Leitung der Marburger Anstalt kein wesentlicher Einfluss auf die Entstehung der Wochenbettfieber zugeschrieben werden. Die Zunahme der Erkrankungen nach Zangenanlegungen ist nicht auf die Operation an sich, sondern auf die ausgedehnten Gewebszertrümmerungen zurückzuführen, die vor der entbindenden Operation stattgefunden haben und durch die Extraktion noch erhöht werden.

Zum Beweise sämmtlicher Thesen dienen einwandsfreie Tabellen.

Scheunemann (Breslau).

24) Peiser. Klinische Beiträge zur Frage der Entstehung und Verhütung der fieberhaften Wochenbetterkrankungen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 2.)

Auch in dieser Arbeit, die aus dem Wöchnerinnenasyle in Mannheim stammt, tritt Mermann durch seinen Assistenten P. wie früher für die Entbehrlichkeit jeder Scheidenausspülung ein. P. berichtet im Ganzen über 2722 Geburten, von denen nur ein geringer Bruchtheil, im Ganzen 74, nicht untersucht waren. In verschiedenen übersichtlichen Tabellen ordnet Verf. sein Material nach der Morbidität in 3 Epochen, von denen die 1. bei jahrelangem gleichem Untersucher 3,1% restirende Morbidität aus genitalen Ursachen ergiebt, die 2. bei halbjährlichem Wechsel der untersuchenden Hebamme 7,2% aufweist, und die 3. bei peinlichster Asepsis und sorgfältigster Temperaturmessung 1,14% restirender Morbidität ergiebt. Die Gesammtmorbidität aus genitalen Ursachen für die in der Anstalt Untersuchten berechnet sich auf 5,68%, unreducirt ohne Ausschluss der extragenital Fiebernden auf 8,8%. Dem gegenüber stehen die Zahlen von Hofmeier 9,5% und Braun 8,3% bei präliminärer Dusche. Bei den operirten Fällen kommt P. nur auf eine Morbidität von 14%. Die Gesammtmortalität beläuft sich auf 15 Fälle, von denen 6 in keinem Zusammenhange mit den Geburtsvorgängen standen. Von den übrigen 9, deren Krankengeschichten genau wiedergegeben sind, fällt kein einziger der Anstalt zur Last. Also Mortalität 0,5%, Infektionsmortalität der Anstalt 0,0%. Diese günstigen Resultate sind ohne jede Antisepsis unter der Geburt erreicht. Sie sprechen gegen jede Selbstinfektion im Ahlfeld'schen Sinne, gegen die Scheideninfektion, mit anderen Worten für die Außeninfektion und die Wichtigkeit der subjektiven Desinfektion. Die Statistik des Mannheimer Institutes ist besonders wichtig wegen des von dem gewöhnlichen klinischen vollständig verschiedenen Materiales, das fast ausschließlich verheirathete Frauen aufweist, und wegen seines einfachen Betriebes, bei dem man leicht jeder Infektionsquelle auf die Spur kommt. **Courant** (Breslau).

25) Platzer. Beobachtungen über die Verletzungen der Brustwarzen bei Wöchnerinnen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 2.)

Dieselben beziehen sich auf 1000 stillende Wöchnerinnen der Kézmárszky-schen Klinik in Budapest. Als Ursachen kommen in Betracht der Biss und Zug des Säuglings und 3. die Maceration der Warze durch Milch und Mundspeichel. Bei kleinen, schlechten Warzen waren die Verletzungen häufiger als bei großen, dehnbaren mit seichten Falten. Erstgebärende wiesen mehr Verletzungen auf als Mehrgebärende, letztere bekommen durch das Stillen bessere Warzen. Man kann unterscheiden Exkoriationen und Fissuren. Ersteren geht die Bildung einer Su-

gillation oder eines serösen Bläschens voraus. Durch Maceration der Hautkruste kommt es alsdann zur Exkoriation. Das Warzengeschwür entsteht aus diesen Verletzungen durch Infektion. Die meisten Verletzungen entstehen am 2. und 4. Tage. Die Heilung dauert bei Fissuren länger als bei Exkoriationen. Von 515 Verletzten fieberten 416 gar nicht, von den 99 Fiebernden konnte die Temperaturerhöhung (nur bis 38,5) bei 65 auf andere Ursachen zurückgeführt werden. Mastitis trat als Komplikation nur in 7 Fällen auf, und zwar viel häufiger nach Fissuren als nach Exkoriationen. Zur Behandlung empfiehlt Verf. bei letzteren die trockene Behandlung durch Auflegen Bruns'scher Watte ohne Medikament. Die Konservation der Kruste durch die Watte verhütet eine erneute Maceration der sich bildenden Haut. Bei Fissuren dagegen erwies sich die feuchte Behandlung mit 2%iger Karbolsäure als besser.

Die genaue Behandlung dieses Themas ist gewiss sehr dankenswerth im Hinblicke auf die Schwierigkeiten, die in der Leitung des Wochenbettes und des Stillgeschäftes durch die diese kleinen Verletzungen begleitenden großen Schmerzen entstehen können. **Courant** (Breslau).

26) **Eberhart.** Über subkutane 0,9%ige Kochsalzinfusionen bei Puerperalfieber.

(Therapeutische Monatshefte 1899. Juli.)

Die subkutanen Kochsalzinfusionen werden bis jetzt in Deutschland viel zu wenig verwendet und sollten außer bei Fällen von akuter Anämie und bei septischen Intoxikationen gemacht werden, wo sie im Stande sind, durch Anregung der Sekretionsapparate die Ausscheidung der schädlichen Gifte zu bewirken. Die 0,9%ige Kochsalzlösung ist dem Blute entsprechender als die 0,75%ige, bei der die rothen Blutkörperchen aufquellen. Man macht die Infusionen mittels einer Hohlnadel, die mit einem Irrigator verbunden wird, entweder unter die Mamma oder in die Unterschlüsselbeingrube, und zwar täglich $^1/_2$ Liter und darüber.

Verf. beobachtete die gute Wirkung bei einem Wochenbettfieber, welches nach Placenta praevia entstanden war. Da die Infusionen zu spät angewendet wurden vermochten sie zwar die Pat. nicht zu retten, aber die jedesmalige Wirkung war so augenscheinlich, dass sie hohe Beachtung verdient.

Ref. kann die augenblickliche Wirkung, selbst bei septischer Peritonitis, bestätigen und hat besonders bei urämischen Symptomen lebensrettende Erfolge wiederholt beobachtet. **Witthauer** (Halle a/S.).

27) **W. C. Wood** (New York). Psoitis im Wochenbette.

(Annals of surgery 1899. Februar.)

W. beschreibt 2 von ihm beobachtete Fälle von Abscessbildung im Ileopsoas bei puerperaler Sepsis. Im 1. Falle entwickelte sich ein harter Tumor in der linken Regio iliaca von 13 cm Länge und 5—6 cm Breite, der schmerzhaft und unbeweglich war und nicht fluktuirte, von der Scheide nicht fühlbar und sehr empfindlich war. Das Hüftgelenk war frei beweglich, nur Streckung war eingeschränkt. Es wurde die Diagnose auf einen Abscess im Ileopsoas selbst oder in seiner Nähe gestellt und die Eröffnung der Bauchhöhle gemacht, wobei das Vorhandensein eines extraperitonealen Abscesses festgestellt wurde. Hierauf wurde die Wunde des Bauchfelles mit einer fortlaufenden Katgutnaht geschlossen, ein zweiter Einschnitt senkrecht auf den ersten nach der Spina ilei gemacht, welcher aber das Bauchfell nicht durchtrennte. Dieses wurde vielmehr stumpf abgelöst und nun Zugang zum Abscesse ohne Eröffnung der Bauchhöhle gewonnen, Drainage. Heilung ohne jedes Hinken mit normaler Extensionsbreite.

Weniger sicher konnte die Diagnose bei der 2. Frau gestellt werden, bei welcher in der 2. Woche nach der 1. Entbindung Fieber auftrat, ohne dass das Curettement es zu beseitigen vermochte. Hier glich der Tumor einer Nierengeschwulst, allein die auch hier vorhandene Unmöglichkeit, den Oberschenkel ganz zu strecken, wies auf Betheiligung des Psoas hin. W. wollte jedenfalls extraperitoneal verfahren und machte einen Lumbalschnitt, wie für die Nierenexstirpation, fand aber

die Niere trotz einer geringen Albuminurie gesund, dagegen den Abscess sich nach der Wirbelsäule hin erstrecken; stumpfe Eröffnung und Drainage desselben und allmähliche Heilung.

Einen 3. Fall beobachtete ein befreundeter Arzt, Dickinson; hier bildete den Ausgangspunkt der Infektion ein Cervixriss, der sich in die vordere Gebärmutterwand hinein erstreckte. Auch hier wurde die Eröffnung der Eiterhöhle extraperitoneal und in sehr frühem Stadium gemacht und, wenn auch langsam, trat Genesung ein. Derselbe Beobachter sah eine Extra-uterin-Schwangerschaft, bei welcher der Eisack im breiten Mutterbande sich entwickelt hatte und inficirt war. Bei der Operation fand sich, dass die Abscesshöhle nach der Wirbelsäule hinauf eine Absackung hatte, welche nicht genügenden Abfluss erhielt und durch einen gesonderten Einschnitt oberhalb der rechten Spina sup. ant. entleert werden musste.

W. findet über ähnliche Erkrankungen nur spärliche Mittheilungen in der Litteratur. Nur Villeneuve (Marseille) hat in den chirurgischen Mittheilungen aus dem Hôtel Dieu zu Marseille 1891 einen derartigen Fall veröffentlicht. Dennoch glaubt W., dass sich solche Eiterungen nicht selten entwickeln mögen, aber ihres tiefen Sitzes halber immer übersehen werden. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

28) **H. Vineberg** (New York). Bericht über einen Fall von Salpingo-Oophorektomie bei puerperaler Sepsis.

(Med. news 1899. März 25.)

Am 3. Tage nach einer Entbindung stellte sich Fieber ein, welches auch nach Curettement nicht sank. Vielmehr entwickelte sich Schmerzhaftigkeit der rechten Regio iliaca und konnte dort eine empfindliche daumendicke längliche Masse gefühlt werden, offenbar kroch der Process durch die Tuben weiter. So entschloss sich denn Verf. am 16. Tage zu einem operativen Eingriffe, entfernte von den Bauchdecken aus die rechtsseitigen Anhänge, welche stark verdickt und geröthet, so wie allseitig frisch verwachsen waren; Drainage mit Jodoformgaze vom Scheidengewölbe aus, Schluss der Bauchwunde. Die Heilung erfolgte langsam, erst vom 4. Tage nach Operation ab völlige Fieberlosigkeit. Diesen Eingriff hält V. nach seinen sonstigen Erfahrungen für unbedingt nothwendig. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

29) **Saradeth** (Ruhpolding). Ein Fall von puerperaler metastatischer Panophthalmitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 11.)

Der Fall, dessen Infektion auf einen zurückgebliebenen Placentarrest zurückgeführt wird, ist desshalb interessant, weil derselbe in Genesung überging. Die Kranke ist 6 Monate p. part. wieder völlig hergestellt, wenn auch der Verlust des Sehvermögens des einen Auges zu beklagen ist.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

30) **Torggler.** Beurtheilung der Wochenbettverhältnisse nach der Pulsfrequenz.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 21.)

Die Beobachtungen wurden bei 286 fortlaufenden Geburten des Jahres 1897, ohne jedewede Auswahl, vorgenommen. Hierbei wird eine Pulsfrequenz von mehr als 80 Schlägen in einer Minute als abnorm betrachtet, zu den febrilen Puerperien werden alle jene Fälle gezählt, in welchen die Frequenz 1mal während der 9 im Bett zugebrachten Tage die Zahl 100 überschreitet; im physiologischen Wochenbette wird unterschieden, ob die Pulszahl 60 übersteigt oder noch kleiner ist, letztere wird als subnormal bezeichnet.

Es fanden sich in der subnormalen Gruppe: 39 Fälle, in der ganz normalen: 140, in der subfebrilen: 81, in der stark febrilen 26 d. h. normal 62,6% und febril 37,4%.

Bei einem Vergleiche dieser Zahlen mit denen der die gleichen Fälle betreffenden Temperaturkurven ergeben sich 91,3% fieberloser Wochenbetten nach der Körper-

wärmemessung gegenüber 62,6% physiologischer Puerperien beurtheilt nach den Pulsschlägen, also eine Differenz von nicht weniger als 28,7%!

In der subnormalen Gruppe finden sich meist ganz normale Geburten, doch kamen auch Regelwidrigkeiten vor (Zange, Wendungen etc.), in der normalen Gruppe erreichte die Körperwärme bereits in einem Falle 38,0°, wir finden hier 18 Dammrisse, 9mal geleistete Kunsthilfe etc. In der subfebrilen Gruppe betrug die höchst erreichte Temperatur 38,8, bei den Beobachtungen finden sich 7, die auf Grund der Temperaturerhöhung zu den Puerperalkranken gerechnet wurden. Die Grenze (38,0) wird — nach Ausschluss obiger 7 Fälle — 12mal überschritten (Erkrankungen der Brüste, Bronchitis, Tuberkulose, Periostitis), Regelwidrigkeiten: 16 Dammrisse, 10mal geleistete Kunsthilfe. Die Gruppe von mehr als 100 Pulsschlägen umfasst alle schwereren Wochenbettfieber — es sind davon noch 9 — so wie einen Exitus in Folge von Uteruscarcinom; in 14 Fällen, wo die Temperatur die Normalgrenze nicht überschritt, ist der Pulsanstieg durch stärkeren Blutverlust erklärt, ferner findet sich 1mal Eklampsie, 2mal Mastitis, 1mal Pneumonie. — 4 Dammrisse, 10mal geleistete Kunsthilfe.

Auffallend vertheilt ist in diesen Pulsgruppen das Vorkommen der Gonorrhoe: bei Pulsfrequenz von 60 findet sie sich nur in 12,8%, in der folgenden Gruppe dagegen in 22,1% und steigt bei der subfebrilen auf 40,7% und in der mit 100 Pulsschlägen auf 42,3%!

Der Puls hat zum mindesten denselben Werth Behufs Beurtheilung des Puerperiums wie die Körperwärme. Eine einwandsfreie Beurtheilung der Wochenbettverhältnisse gelingt jedoch nur dann, wenn man das Verhältnis zwischen Temperaturhöhe und Pulszahl gegenseitig darstellt. Unbedingt nöthig hierzu ist die Durchführung der Knapp'schen Forderung, bei der graphischen Darstellung in den Kurventafeln der einzelnen Kliniken eine strenge Gleichförmigkeit einzuführen.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

Verschiedenes.

31) **Assaky** (Budapest). Über die Freund'sche Prolapsoperation [1].

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 18.)

Verf. theilt im Vorliegenden mit, was er über den späteren Verlauf der Fälle, deren Operation in den ersten Monaten erfolgreich war, erfahren konnte.

Die ihm von den verschiedenen Autoren mitgetheilten Meinungen und Thatsachen sprechen sich alle dahin aus: Die Freund'sche Operation ist ein palliativer Eingriff, dessen gute Resultate eng mit der mehr oder weniger lange hinausgezogenen Gegenwart der Nahtfäden verknüpft sind.

Freund selbst sagt, dass er die Operation nur selten ausführt, da sie nur für kleine, nicht zu schwere Prolapse alter Frauen passe; Jeder, der die Indikationen weiter ausdehnt, wird Misserfolge haben. Dauererfolge kommen vor, wenn eine wahre Einheilung des Nahtmaterials eintritt; auch kann man gegebenen Falles die kleine Operation öfters wiederholen. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

32) **E. Goldscheider** (Carlsbad). Ein auf operativem Wege zur Heilung gebrachter Fall von fibrinös-jauchig-eitriger allgemeiner Peritonitis.

(Prager med. Wochenschrift 1898. No. 26 u. 28.)

Im Anschlusse an die Selbstreposition einer Hernie waren bei der bis dahin gesunden 58jährigen Frau Symptome von Darmobstruktion aufgetreten. Bei der Laparotomie (Prim. Fink, Carlsbad) zeigte sich eine akute Perforativperitonitis, ausgehend von einem erbsengroßen Loche an einer Dünndarmschlinge. Vernähung der Öffnung nach Expression von Gasen und Koth, mechanische Reinigung und

---

[1] Mittheilung, gemacht in der Gesellschaft für Gynäkologie und abdominale Chirurgie, Budapest.

Ausspülung der Bauchhöhle, Drainage derselben nach der rechten Weiche, der Beckenhöhle nach außen über die Symphyse mittels Gummiröhren und Jodoformgaze. Entgegen aller Erwartung, trotz hochgradigen Verfalles und mehrfacher Störung des Wundverlaufes (Bauchwandabscesse, wodurch die Nahtabnahme schon am 3. Tage nöthig wurde, Kothfistel, die sich spontan nach 14 Tagen schloss, genas die Kranke. Da Anhaltspunkte für die Annahme der Incarceration einer Hernie fehlten (keine Schnürfurche, keine Sugillationen), Fremdkörperwirkung eben so auszuschließen ist, als vorangegangene Darmgeschwüre, so bleibt die Ätiologie ungeklärt. Auf Grund dieser bemerkenswerthen Heilung, so wie des Litteraturergebnisses tritt G. warm für die chirurgische Behandlung der diffusen, akuten Peritonitis ein; Grundprincip ist hierbei möglichst gründliche Entleerung des Eiters bei möglichster Schonung der Adhäsionen. **Piering** (Prag).

33) **R. Jardine** (Glasgow). Jahresbericht (1897) des Glasgower Entbindungsinstitutes.

(Vortrag in der Glasgower geburtshilfl. u. gynäkol. Gesellschaft. 27. April 1898.)
(Glasgow med. journ. 1898. August.)

Der Procentsatz der Mortalität war 2%, besser als früher, aber noch so hoch wegen ungünstiger örtlicher Umstände. Forceps $6^1/_2$%. 3 konservative Kaiserschnitte, davon einer wegen fixirter Anteflexion. Kraniotomie hatte die Geburt nicht ermöglicht. Die Frau ging zu Grunde. Bei den 2 anderen wurden Mütter und Kinder gerettet. Anderes aus dem sehr ausführlichen Berichte zu extrahiren, lohnt sich nicht. Den Schluss bildet eine bewegliche Klage über den mangelhaften geburtshilflichen Unterricht der Studenten. **Zeiss** (Erfurt).

34) **Kreis.** Die Entwicklung und Rückbildung des Corpus luteum spurium beim Menschen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 2.)

Wenn Verf. an 9 Fällen, von denen 9 histologische Bilder auf 4 Tafeln gegeben werden, die histologische Metamorphose des Corpus luteum zum Corpus albicans beschreibt, so füllt er damit eine Lücke aus, die bisher noch für das menschliche Ovarium bestand, da die meisten Autoren am Säugethierovarium gearbeitet hatten. Nach einer kurzen Schilderung der bisherigen Arbeiten und der aus ihnen gezogenen Schlüsse giebt Verf. in klarer und präciser Weise die Resultate seiner Untersuchungen wieder, welche in der Baseler Frauenklinik ausgeführt wurden. — Zunächst vermehren sich in energischer Weise die Zellen der Membrana granulosa, welche bis zum 8.—10. Tage eine Dicke von 3—4 mm erreichen und den centralen Bluterguss komprimiren. Am Ende dieser hypertrophischen Periode treten auch schon in die Falten der Membrana granulosa Bindegewebszüge mit Gefäßstämmchen ein. Nach Erreichung dieses Höhestadiums der Entwicklung und Ausdehnung beginnt in der 2. Woche die regressive Metamorphose, die gekennzeichnet wird durch weitere Entwicklung des Gefäßnetzes, welches auch in das Fibrinnetz des Blutergusses eindringt, durch Verkleinerung und allmählichen Schwund der pigmentirten Granulosazellen. Am Ende der 3. Woche erreicht das bereits kleiner gewordene Corpus luteum den größten Reichthum an Blutgefäßen, dessen Kapillarnetz mit Recht mit dem der Leberlobuli verglichen ist. Der Bluterguss blasst ab, die Gefäße bilden sich zurück, das Bindegewebe tritt in den Vordergrund des ganzen Gebildes. In der 5. Woche beginnt die Schrumpfung zu faserigem Narbengewebe. 5 untersuchte Corpora lutea vera lassen es wahrscheinlich erscheinen, dass dieser selbe Process sich auch bei ihm vollzieht, nur in viel langsamerer Weise, so dass das Corpus albicans bei der Geburt resp. im 9. Monate der Gravidität noch nicht fertig gebildet ist.

Courant (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. Sonnabend, den 3. Februar. **1900.**

(Aus dem bakteriologischen Laboratorium der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig [Professor Zweifel].)

I. Die Wahl des Nährbodens bei dem kulturellen Nachweise geringer Streptokokkenmengen.

Von
Dr. Menge und Dr. Krönig,
Privatdocenten a. d. Universität.

Im Schlussworte zur Diskussion über das Wochenbettfieber auf dem Kongresse der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Berlin bezeichnet Bumm[1] es als ein wichtiges Ergebnis der Verhandlungen, dass das Vorkommen saprophytisch wachsender Streptokokken im Scheidensekret der Frau auch von den Gegnern dieser Lehre anerkannt wird. Von uns speciell behauptet er, dass wir früher »das saprophytische Wachsthum von Streptokokken im Vaginalsekrete energisch bekämpft hätten«, während wir jetzt sogar ziemlich häufig einen anaërob wachsenden Streptococcus im Vaginalsekrete der schwangeren Frau fänden. Veranlassung zu einer derartigen Äußerung gab ihm offenbar unsere Arbeit über die Biologie verschiedener Streptokokken-

[1] Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie Bd. VIII. Leipzig 1899. p. 415.

arten[2–5], welche zur Zeit des Kongresses in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erschienen war. In diesem Beitrage hatten wir über die kulturellen Eigenthümlichkeiten verschiedener Streptokokkenarten, darunter auch über den im Vaginalsekrete der Frau oft vorkommenden anaëroben Streptococcus berichtet.

Die obige Äußerung Bumm's bedarf in so fern der Korrektur, als wir nicht erst in der genannten Arbeit, sondern schon in unseren ersten Publikationen über die Bakterien des Scheidensekretes das häufige Vorkommen saprophytischer obligat anaërob wachsender Streptokokken im Scheidensekrete der Frau betont hatten (vgl. 2, 3 und 4 der Anmerkung).

Wir haben niemals das Vorkommen saprophytisch lebender Streptokokkenarten im Scheidensekrete der Frau bestritten, da wir außer der obligat anaërob wachsenden Streptokokkenart auch früher schon eine aërob wachsende Streptokokkenart, welche allerdings gewisse Kulturdifferenzen dem Streptococcus pyogenes des Puerperalfiebers gegenüber zeigte, wenn auch selten im Scheidensekrete der schwangeren Frau gefunden haben.

Wir haben nur das Vorkommen des Streptococcus pyogenes der Streptokokkenart, welche beim Puerperalfieber häufig in den Lochien des Uterus und im Gewebe gefunden wird und durch ganz bestimmte kulturelle Eigenschaften charakterisirt ist, als Saprophyt im Vaginalsekrete der Schwangeren auf Grund unserer Untersuchungen bezweifelt.

An dieser Ansicht halten wir auch heute noch fest und bestreiten auch heute noch die Möglichkeit einer puerperalen Infektion durch den Streptococcus pyogenes des Puerperalfiebers, welcher ante partum als Saprophyt im Scheidensekrete der Schwangeren gelebt hat.

Den von uns ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen über das Scheidensekret ist der Einwand gemacht worden, dass wir zur Aussaat des Scheidensekretes ausschließlich feste und vor Allem agarhaltige Nährböden benutzt hätten, dagegen die direkte Übertragung in flüssige Bouillonnährböden unterlassen hätten. Hierdurch wäre die Möglichkeit gegeben, dass speciell das Vorkommen geringer Mengen des Streptococcus pyogenes im Scheidensekrete dem Nachweise entgangen wären, weil der Agarnährboden für die Auskeimung derselben zu Kolonien kein günstiges Nährsubstrat darstelle, die

---

[2] Menge und Krönig, Über verschiedene Streptokokkenarten. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie von Martin und Sänger Bd. IX.

[3] Menge und Krönig, Die Bakteriologie des weiblichen Genitalkanals. Leipzig, Arthur Georgi.

[4] Krönig, Über die Natur der Scheidenkeime, speciell über das Vorkommen anaërober Streptokokken im Scheidensekrete Schwangerer. Centralblatt für Gynäkologie 1895. p. 409.

[5] Menge in der Diskussion zu diesem Vortrage. Centralblatt für Gynäkologie 1895. p. 433.

Bouillon dagegen auch bei vereinzelten pyogenen Streptokokken einen sicheren kulturellen Nachweis gestatte.

Wir haben bei der Aussaat des Scheidensekretes desswegen keine flüssigen Nährmedien verwendet, weil bei der Entnahme des Scheidensekretes Verunreinigungen sich sehr schwer vermeiden lassen, in Bouillon aber nach Übertragung auch nur eines einzigen Verunreinigungskeimes ein falsches Resultat vorgetäuscht wird, wenn dieser Keim zufällig ein schnelles und ein so üppiges Wachsthum in Bouillon zeigt, dass das Wachsthum aller anderen Bakterien inhibirt wird.

Gerade unter den aërob wachsenden Streptokokkenarten giebt es aber solche, welche sich durch schnelles und kräftiges Wachsthum in der Bouillon auszeichnen, und welche nicht selten an der Haut der äußeren Genitalien gefunden sind.

Bei der Verwendung fester durchsichtiger Nährböden besteht der große Vortheil darin, dass, wie Koch schon in seiner ersten Publikation betont, ein Verunreinigungskeim beim Erstarren des Nährbodens an einer Stelle fixirt wird und nur an dieser zur Kolonie auskeimt, während in flüssigen Nährböden dieser Keim bei schnellem Wachsthume das ganze Nährsubstrat schrankenlos durchwächst und dadurch andere Bakterien an der Entwicklung verhindern kann. Immerhin wäre trotz der genannten großen Nachtheile der Bouillon dieser Nährboden zum Nachweise des Streptococcus pyogenes in einem Sekrete dem Agar vorzuziehen, wenn letzterer wirklich die Eigenschaft hätte, bei dem Nachweise geringer Streptokokkenmengen zu versagen. Specielle Versuche, welche einen solchen Nachweis erbringen sollten, und auf die sich die Behauptungen von der verschiedenen Werthigkeit des agarhaltigen Nährbodens und der Bouillon für die Kultur des Streptococcus pyogenes stützen könnten, sind, so weit uns bekannt, bisher noch nicht veröffentlicht worden.

Die Untersuchungen von Pasquale[6], auf welche so häufig in dieser Frage zurückgegriffen wird, dürfen desshalb hier nicht herangezogen werden, weil in seiner Arbeit Betreffs der Agarkulturen bei Streptokokken nur folgender Satz steht: »Manchmal zeigte es (das Agar) bakterientödtende Eigenschaften in Folge von Bedingungen, deren Erklärung noch nicht möglich ist«, und weil uns dabei eingehendere Versuchsergebnisse nicht mitgetheilt werden.

Bei der Wichtigkeit dieser Verhältnisse für die ganze Technik der bakteriologischen Scheidensekretuntersuchungen hielten wir es für nothwendig, specielle Untersuchungen anzustellen, deren Ergebnis ein Urtheil über eine etwaige Differenz in der Werthigkeit der beiden Nährbodensorten für die Kultur des Streptococcus pyogenes erlaubte.

Vorbedingung für derartige Versuche ist, dass beide Nährbodenarten, Bouillon- und Agarnährboden, aus gleichem Materiale hergestellt werden, dass sie gleiche Reaktion haben, bei gleicher Temperatur

---

[6] Alexander Pasquale, Vergleichende Untersuchungen über Streptokokken. Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie 1893. p. 457.

und in gleichen Mengen zur Verwendung kommen, und dass vor Allem auch für die Entwicklung der einzelnen Individuen gleiche Bedingungen eingehalten sind.

Um gleiches Material für beide Nährbodensorten zu verwenden, verfuhren wir so, dass aus 15 Pfund fein gehackten ungesalzenen Rindfleisches 15 Liter Bouillon hergestellt wurden, wie wir es an verschiedenen Stellen ausführlich beschrieben haben[7 u. 8]. Zu den 15 Litern Bouillon wurden 30 g Traubenzucker zugesetzt; die ganze Menge wurde in ein Gefäß zusammengegossen und nach der Methode von Schultz neutralisirt. Erst dann wurde in 2 Hälften getheilt und zu der einen Hälfte der traubenzuckerhaltigen Bouillon 130 g klein geschnittenes Agar-Agar zugesetzt.

Sowohl die $7^1/_2$ Liter traubenzuckerhaltige Bouillon als auch die gleiche Menge traubenzuckerhaltiger Bouillon mit dem Agarzusatze wurde im Dampfkochtopfe bei 105—110° C. gekocht, dann filtrirt und das Filtrat an 3 auf einander folgenden Tagen je $^1/_2$ Stunde lang sterilisirt. Es wurde darauf geachtet, dass beide Nährböden gleich lange Zeit sich im Dampfkochtopfe befanden.

Da Agar-Agar, wie Schultz[9] nachgewiesen hat und wir bestätigen konnten, neutrale Reaktion zeigt, so wird durch seinen Zusatz die Reaktion der Nährbouillon nicht verändert, so dass wir auf diese Weise in beiden Nährsubstraten ganz gleiche Reaktion erhielten. Von Bouillon[10] und Agar wurden je 10 ccm in sterilisirte Reagensgläser eingefüllt.

Die zu den Versuchen verwendeten pyogenen Streptokokken haben wir aus den Lochien zweier fiebernder Wöchnerinnen reingezüchtet. Der eine Streptococcus pyogenes war in vielen Generationen auf künstlichem Nährboden fortgezüchtet, während der andere in der III. Generation zur Verwendung kam.

Um zu erfahren, ob einzelne Individuen dieser Streptokokken durch Züchtung in Bouillon besser wie durch Züchtung in Agar nachgewiesen werden können, haben wir unsere Versuche folgendermaßen durchgeführt.

Versuch I. Der Streptococcus pyogenes von der ersten Wöchnerin wird am 14. Mai 1899 in 10 Röhrchen mit je 10 ccm Traubenzuckerbouillon verimpft. Nach 30stündigem Stehen der Kultur im Brutschranke bei 37,6° C. wird der Bodensatz der Bouillonkulturen zunächst stark aufgeschüttelt und dann die Bouillon durch ein sterilisirtes Papierfilter in einen sterilisirten Erlenmeyer'schen Kolben filtrirt. Von dem Filtrate wird 1 ccm mit einer sterilisirten graduirten

---

[7] Vgl: Menge und Krönig, Über verschiedene Streptokokkenarten. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX.

[8] Krönig und Paul, Die chemischen Grundlagen der Lehre von der Desinfektion und Giftwirkung. Zeitschrift für Hygiene Bd. XXV.

[9] Schultz, Zur Frage von der Bereitung einiger Nährsubstrate. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde Bd. X. p. 53.

[10] Unter »Bouillon« und »Agar« verstehen wir in Folgendem stets die so hergestellten Nährsubstrate.

Pipette entnommen und in 1 Liter sterile Traubenzuckerbouillon übertragen. Diese Verdünnung dient zur Entnahme der bestimmten Mengen und zur Übertragung dieser in die Reagensgläschen mit Agar und Bouillon.

Die mit 10 ccm Bouillon und Agar gefüllten Reagensgläser werden bei allen folgenden Versuchen gleichzeitig in kochendes Wasser gestellt bis das Agar flüssig ist, dann abgekühlt und während des Versuches in einem Wasserbade bei einer Temperatur von 42° C. gehalten.

Der Liter Traubenzuckerbouillon, mit der Streptokokkenaufschwemmung, wird in einem 2 Liter-Glaskolben 7 Minuten lang kräftig geschüttelt. Dieser Mischung wird dann zunächst mit einer sterilisirten graduirten Pipette 1 ccm entnommen. Die Pipette fasste 1 ccm und ihre Skala war in 100 gleiche Theile eingetheilt. Aus der Pipette werden nun in 5 Röhrchen Bouillon und 5 Röhrchen Agar $^1/_{10}$ ccm der Mischung in jedes Röhrchen eingelassen. Nach dem Einlassen der Flüssigkeit wird das Bouillon- und Agarröhrchen längere Zeit geschüttelt, um eine innige Vermischung der Aufschwemmung mit dem Nährsubstrate zu erzielen. Um dem Einwande zu begegnen, dass während dieser Manipulation im Pipettenrohre sich die Streptokokken senkten, wodurch eine ungleiche Vertheilung der Streptokokken auf die einzelnen Röhrchen zu Stande kommen könnte, haben wir abwechselnd je 1 Bouillon- und 1 Agarröhrchen beschickt, um dadurch wenigstens für beide Nährböden den Fehler gleich zu machen. Im Übrigen vollzog sich die Leerung der Pipette so schnell, dass eine Senkung der Keime in der Pipette kaum anzunehmen ist.

Nach der Beschickung dieser Röhrchen wird die Streptokokkenaufschwemmung in dem 2 Liter-Glaskolben, welcher in der Zwischenzeit in Eiswasser gestanden hatte, damit eine weitere Vermehrung der Streptokokken in der Bouillon während des Versuches verhindert wurde, von Neuem 3 Minuten lang stark geschüttelt, mit derselben Pipette wiederum jedes Mal 1 ccm aus der Mitte der Flüssigkeit entnommen, aber dies Mal in 5 Röhrchen auf 42° C. erwärmter Bouillon und 5 Röhrchen Agar $^2/_{10}$ ccm in jedes Röhrchen eingelassen. Wie bei der vorigen Serie wird auch hier und bei allen folgenden Versuchen die Vorsicht gebraucht, dass abwechselnd ein Bouillon- und ein Agarröchrchen beschickt wird. Bei der 3. Serie wurden in jedes Röhrchen $^3/_{10}$ ccm der Mischung eingelassen, und zwar wurden wiederum 5 Röhrchen Bouillon und 5 Röhrchen Agar verwendet. Bei dieser Serie wurde nicht eine Pipette von 1 ccm, sondern von 2 ccm Inhalt verwendet, deren Skala in $^1/_{10}$ ccm eingetheilt war.

In gleicher Weise wurden in 7 weiteren Serien von je 5 Röhrchen Agar und 5 Röhrchen Bouillon steigende Mengen der Mischung und zwar $^4/_{10}$; $^5/_{10}$; $^6/_{10}$; $^7/_{10}$; $^8/_{10}$; $^9/_{10}$; $^{10}/_{10}$ ccm in jedes Röhrchen eingelassen. Bei der Übertragung von $^4/_{10}$ ccm—$^{10}/_{10}$ ccm der Mischung wurde zur Entnahme eine Pipette von 5 ccm Inhalt verwendet, deren Skala ebenfalls in $^1/_{10}$ ccm eingetheilt war. Selbstverständlich waren

alle Pipetten vor dem Gebrauche sterilisirt. Vor jeder Entnahme mit der Pipette wurde der 2 Liter-Kolben mit der Flüssigkeit 3 Minuten lang geschüttelt, wodurch eine möglichst gleiche Aufschwemmung der Streptokokken erzielt werden sollte.

Die beschickten Bouillon- und Agarröhrchen blieben in Zimmertemperatur, bis das Agar in den Reagensröhren erstarrt war, um dann in den Brutschrank bei 37,6° C. zu gelangen. Hier blieben sie 2 mal 24 Stunden. Danach wurde revidirt. Das Resultat des Versuches ist in folgender Tabelle wiedergegeben. In der ersten Rubrik ist die Menge der übertragenen Mischung aus dem 2 Liter-Kolben angegeben, welche in jedes Röhrchen eingefüllt wurde, in der 2. und 3. Rubrik das Verhalten der betreffenden Bouillon- bez. Agarröhrchen nach 2 mal 24 stündigem Stehen im Brutschranke. In der letzten Rubrik die Summe der in 5 Agarröhrchen sichtbaren Kolonien.

Menge der übertragenen Mischung	Verhalten der Bouillon-Röhrchen	Verhalten der Agar-Röhrchen	Summe der in 5 Röhrchen sichtbaren Kolonien
$^1/_{10}$ ccm	5 Röhrchen unverändert	2 Röhrchen — Kolonien	4 Kolonien
		2 » je 1 Kolonie	
		1 » 2 Kolonien	
$^2/_{10}$ ccm	1 » »	3 » je 1 Kolonie	5 »
	4 » Bodensatz	1 » 2 Kolonien	
		1 » — »	
$^3/_{10}$ ccm	2 » unverändert	3 » je 1 Kolonie	7 »
	3 » Bodensatz	1 » 4 Kolonien	
		1 » — »	
$^4/_{10}$ ccm	1 » unverändert	2 » je 1 Kolonie	10 »
	4 » Bodensatz	1 » 2 Kolonien	
		2 » je 3 »	
$^5/_{10}$ ccm	5 » »	5 » je 1 Kolonie	5 »
$^6/_{10}$ ccm	1 » unverändert	2 » — Kolonien	5 »
	4 » Bodensatz	2 » je 2 »	
		1 » 1 Kolonie	
$^7/_{10}$ ccm	1 » unverändert	1 » zersprungen	11 »
	4 » Bodensatz	3 » je 2 Kolonien	
		1 » 5 »	
$^8/_{10}$ ccm	5 » »	1 » 1 Kolonie	12 »
		1 » 2 Kolonien	
		3 » 3 »	
$^9/_{10}$ ccm	5 » »	2 » je 2 »	16 »
		1 » 3 »	
		1 » 4 »	
		1 » 5 »	
$^{10}/_{10}$ ccm	5 » »	1 » 1 Kolonie	30 »
		1 » 5 Kolonien	
		1 » 7 »	
		1 » 8 »	
		1 » 9 »	

Zu diesen Resultaten der Tabelle fügen wir noch hinzu, dass unter »Bodensatz« der in der Bouillon bei Züchtung des Strepto-

coccus pyogenes sich bildende wolkige Bodensatz verstanden ist, während der darüber befindliche Nährboden klar war. Als Beweis dafür, dass es sich in den betreffenden Röhrchen um das Wachsthum des Streptococcus pyogenes handelte, diente uns erstens die angegebene charakteristische Veränderung der Bouillon, dann das mikroskopische Bild des Deckglastrockenpräparats, welches wir von jedem Röchrchen mit wolkigem Bodensatze anfertigten und welches uns ausschließlich Kokken in langen Reihen liegend zeigte.

Bei den Agarröhrchen diente uns das Aussehen der Kolonien und der mikroskopische Nachweis von Reihenkokken, welchen wir allerdings nicht bei jeder Kolonie, sondern nur von jedem Röhrchen bei einer Kolonie erbrachten, als Beweis dafür, dass die Kolonien durch den Streptococcus pyogenes gebildet waren.

Überblicken wir das Resultat dieses Versuches, so ergiebt sich zunächst, dass die verwendete Streptokokkenaufschwemmung so verdünnt war, dass noch nicht in jedem $^1/_{10}$ ccm derselben ein auf dem künstlichen Nährsubstrate entwicklungsfähiger Streptokokkenkeim sich befand. Erst in $^8/_{10}$ ccm der Streptokokkenaufschwemmung ist in jedem Falle ein entwicklungsfähiger Keim. Für uns ist aber besonders wichtig, dass sowohl bei Verwendung von Bouillon als Nährboden wie bei Verwendung von Agar bei Übertragung von $^8/_{10}$ ccm der Mischung und mehr in jedem Röhrchen der kulturelle Nachweis des Streptococcus pyogenes erbracht ist. Bei Übertragung von $^8/_{10}$ ccm der Mischung sind in jedem Röhrchen Agar im Durchschnitte $2^2/_5$ Kolonien des Streptococcus pyogenes, bei Übertragung von $^9/_{10}$ ccm der Mischung im Durchschnitte 3 Kolonien und bei Übertragung von $^{10}/_{10}$ ccm der Mischung im Durchschnitte 6 Kolonien des Streptococcus pyogenes in jedem Agarröhrchen. Bei Verwendung von weniger als $^8/_{10}$ ccm der Mischung ist der kulturelle Nachweis des Streptococcus pyogenes in der übertragenen Flüssigkeitsmenge eher in Agar als in der Bouillon gelungen; so haben wir bei Übertragung von nur $^1/_{10}$ ccm der Mischung in 5 Bouillonröhrchen kein Wachsthum, während wir in den 5 entsprechenden Agarröhrchen nur in 2 Röhrchen kein Wachsthum haben, dagegen in 2 Röhrchen je 1 Kolonie und in einem Röhrchen sogar 2 Kolonien. Ähnlich ist es bei der Übertragung von $^2/_{10}$ ccm und mehr der Mischung, wo stets das Agar sich zum mindesten als gleichwerthig zum kulturellen Nachweise des Streptococcus pyogenes erweist.

Der gleiche Versuch wurde mit einem aus den Lochien einer anderen Wöchnerin reingezüchteten Streptococcus pyogenes gemacht.

Die zur Verwendung kommende Reinkultur in Traubenzuckerbouillon wurde nach 20stündigem Stehen im Brutschranke bei 37,6° C. zum Versuche verwendet. Hier mussten wir die Verdünnung der Reinkultur viel größer machen, um in $^{10}/_{10}$ ccm der Verdünnung eine genügend geringe Zahl keimfähiger Streptokokken zu erhalten. Wodurch diese Differenz in der Zahl der keimfähigen Streptokokken in dem einen oder anderen Falle bedingt ist, entzieht sich unserer

Kenntnis; vielleicht ist sie dadurch verursacht, dass wir in diesem Falle, um die Streptokokken auch in einem anderen Entwicklungsstadium auf ihre Keimfähigkeit in Agar und Bouillon zu prüfen, die Kultur schon nach 20stündigem Stehen im Brutschranke bei 37,6° C. verwendeten.

Nach sehr vielen Versuchen, bei welchen die Verdünnungen der Bakterienemulsion nicht groß genug war, erwies sich uns folgende Verdünnung als für unsere Verhältnisse brauchbar. $^1/_{10}$ ccm der mit dem Streptococcus pyogenes geimpften Bouillon, welche 20 Stunden lang im Brutschranke gestanden hat, wird in 100 ccm sterile Bouillon übertragen, die Mischung 5 Minuten lang in einem 1 Liter-Kolben geschüttelt. Von der Mischung wird wiederum $^1/_{10}$ ccm entnommen und auf 1 Liter sterile Bouillon übertragen, welche sich in einem 2 Liter-Kolben befand.

Diese Verdünnung dient zur Entnahme. Es wurde im Übrigen genau wie im ersten Versuche verfahren, und wurde die betreffende entnommene Menge nicht jedes Mal in 5 Röhrchen Bouillon und 5 Röhrchen Agar übertragen, sondern, um Zufälligkeiten noch sicherer auszuschließen, jedes Mal in 10 Röhrchen Bouillon und 10 Röhrchen Agar.

Das Resultat des Versuches ist in folgender Tabelle wiedergegeben.

Menge der übertragenen Mischung	Verhalten der Bouillon-Röhrchen	Verhalten der Agar-Röhrchen	Summe der in 10 Agar-Röhrchen sichtbaren Kolonien
$^1/_{10}$ ccm	5 Röhrchen unverändert	5 Röhrchen — Kolonien	5 Kolonien
	5 » Bodensatz	5 » je 1 Kolonie	
$^2/_{10}$ ccm	2 » unverändert	4 » — Kolonien	7 »
	8 » Bodensatz	5 » je 1 Kolonie	
		1 » 2 Kolonien	
$^3/_{10}$ ccm	1 » unverändert	4 » — »	11 »
	9 » Bodensatz	3 » je 1 Kolonie	
		1 » 2 Kolonien	
		2 » je 3 »	
$^4/_{10}$ ccm	2 » unverändert	1 » — »	13 »
	8 » Bodensatz	5 » je 1 Kolonie	
		4 » je 2 Kolonien	
$^5/_{10}$ ccm	10 » »	3 » je 1 Kolonie	18 »
		6 » je 2 Kolonien	
		1 » 3 »	
$^6/_{10}$ ccm	2 » unverändert	7 » je 1 Kolonie	17 »
	8 » Bodensatz	1 » 2 Kolonien	
		1 » 3 »	
		1 » 5 »	
$^7/_{10}$ ccm	2 » unverändert	1 » 1 Kolonie	39 »
	8 » Bodensatz	2 » je 2 Kolonien	
		1 » 3 »	
		3 » je 4 »	
		1 » 5 »	
		2 » je 7 »	

Menge der übertragenen Mischung	Verhalten der Bouillon-Röhrchen	Verhalten der Agar-Röhrchen	Summe der in 10 Agar-Röhrchen sichtbaren Kolonien
$^{8}/_{10}$ ccm	1 Röhrchen unverändert	1 Röhrchen — Kolonien	34 Kolonien
	9 » Bodensatz	3 » je 2 »	
		1 » 3 »	
		2 » je 4 »	
		2 » je 5 »	
		1 » 7 »	
$^{9}/_{10}$ ccm	1 » unverändert	1 » — »	29 »
	9 » Bodensatz	2 » je 1 Kolonie	
		1 » 2 Kolonien	
		2 » je 3 »	
		1 » 4 »	
		3 » je 5 »	
$^{10}/_{10}$ ccm	10 » »	2 » je 2 »	38 »
		2 » je 3 »	
		4 » je 4 »	
		1 » 5 »	
		1 » 7 »	

Bei der Betrachtung zunächst der letzten Rubrik in dieser und der ersten Tabelle, welche die Summe der bei Übertragung der verschiedenen Mengen der Streptokokkenemulsion in Agar aufgekeimten Kolonien angiebt, fällt auf, dass mit steigenden Mengen die Zahl der Kolonien nicht gleichmäßig zunimmt, ja sogar Rückschläge vorkommen. Diese auffallende Erscheinung könnte dadurch bedingt sein, dass die Kokkenaufschwemmung nicht lange genug geschüttelt wurde und in Folge dessen die Vertheilung der Bakterien nicht ganz gleichmäßig war. Es ist uns nicht gelungen, durch länger dauerndes Schütteln der Flüssigkeit diese Unregelmäßigkeiten auszuschalten, so dass vielleicht der Umstand als ursächliche Störung angesehen werden darf, dass beim Überfüllen mit der Pipette in Agar die Streptokokkenketten gelegentlich zerreißen und die Kettentheile Kolonien im festen Nährboden entwickeln können, so dass also bei der Keimung nicht die Kette, sondern vielleicht ein einzelnes keimfähiges Individuum als für sich aufzufassen ist.

Trotz dieser Unregelmäßigkeit in der Zahl der Kolonien geht doch so viel auch aus diesem 2. mitgetheilten Versuchsresultate hervor, dass für den kulturellen Nachweis des Streptococcus pyogenes in einer Flüssigkeit das traubenzuckerhaltige Agar eben so zuverlässig ist wie die traubenzuckerhaltige Bouillon. In Folge dessen können wir auch bei dem kulturellen Nachweise des Streptococcus pyogenes im Scheidensekrete dem flüssigen Nährboden der traubenzuckerhaltigen Bouillon keinen besonderen Vortheil vor dem traubenzuckerhaltigen festen Agar zuerkennen.

Die Angaben Walthard's, dass die Bakterien im Scheidensekrete zu einer relativen Anaërobiose gezwungen sind, ist sicherlich richtig. Dass dadurch aber die biologischen Eigenschaften des Streptococcus pyogenes den künstlichen Nährböden gegenüber sich wesentlich ver-

ändern würden, ist desswegen unwahrscheinlich, weil auch bei puerperalen Processen, vor Allem bei der puerperalen Endometritis, der Streptococcus pyogenes im Lochialsekrete ähnliche anaërobe Lebensbedingungen findet, ohne dadurch in seinem Wachsthume auf den künstlichen Nährböden verändert zu werden. Aber selbst für den Fall, dass derartige an den Sauerstoffmangel gewöhnte Streptokokken in künstlichen Nährmedien nur dann aufwüchsen, wenn in diesen eine gewisse Anaërobiose gesichert wäre, hat die Verwendung von Bouillon in Reagensgläsern gegenüber der Verwendung von Agar als Gussplatte oder als Reagensglaskultur keinen Vortheil voraus. Man ist eben so sicher, durch Verwendung von Agar als Nährboden bei der Aussaat von Scheidensekret den Streptococcus pyogenes des Puerperalfiebers resp. sein Fehlen nachzuweisen, wie bei der Verwendung von Bouillon.

Wir haben in Folge dessen auch keine Veranlassung, unseren Standpunkt, dass im Scheidensekrete der gesunden Schwangeren der Streptococcus pyogenes des Puerperalfiebers mit seinen charakteristischen kulturellen Eigenschaften als saprophytischer Dauereinwohner nicht vorkomme, aufzugeben. Die Angabe von Bumm und Hofmeier, der offenbar an die Unität aller Streptokokken glaubt, in der letzten Diskussion über Kindbettfieber, wir hätten unsere Ansicht in der Streptokokkenfrage, so weit sie das Scheidensekret betrifft, geändert, entspricht nicht den Thatsachen.

Wir danken Herrn Geheimrath Zweifel für die Gewährung der Mittel und das Interesse an der Arbeit.

II. Über die Technik der Vaporisation.

Von
Prof. A. Dührssen in Berlin.

Bei dem »Medicinischen Waarenhaus«, Berlin, gehen so viele tadelnde Anfragen ein, wesswegen ich ein so dickes Vaporisationsrohr für meinen Apparat habe konstruiren lassen, dass ich den Interessenten an dieser Stelle Rechenschaft hierüber abzulegen mich verpflichtet fühle, obgleich die Betreffenden aus meinen verschiedenen Veröffentlichungen[1] über Vaporisation die Erklärung selbst hätten finden können. In diesen bezeichne ich nämlich die Vaporisation bei malignen Neubildungen der Uterusschleimhaut und bei retinirten Eiresten für kontraindicirt und rathe, Zwecks Erkennung dieser Störungen vor der Vaporisation, den Uterus mit Laminaria zu dilatiren, auszutasten und event. Behufs mikroskopischer Untersuchung der Schleimhaut zu curettiren.

Weil ich das Curettement speciell für die Diagnose der Retention kleiner circumscripter Eireste, von fibrösen oder Schleimhaut-

[1] Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 36. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LVII. Hft. 4. Dieses Centralblatt 1899. No. 11.

polypen für unzuverlässig halte, so sehe ich allein in der Erweiterung und digitalen Austastung des Uterus ein sicheres Mittel, um die für die Vaporisation geeigneten und nicht geeigneten Fälle zu erkennen.

Hat man nun einen Fall von Blutung, dessen Genese unklar ist, mit Laminaria dilatirt, so bietet dieses Verfahren in jedem Falle außer der Ermöglichung der Diagnose auch therapeutische Vortheile:

Retinirte Eireste lassen sich mit dem Finger oder mit Finger und Curette, die erwähnten Polypen durch Instrumente, welche sie unter Leitung des Fingers fassen, entfernen; die Dilatation verwandelt die dreieckige Corpushöhle in ein cylindrisches Rohr, wodurch eine gleichmäßige Einwirkung des Dampfes auf die gesammte Innenfläche erzielt wird. Die Dilatation ermöglicht die Einführung eines weiteren Rohres, welches mehr Dampf zuführt und sich nicht so leicht verstopft, als ein engeres.

Das weite Rohr habe ich aber hauptsächlich gewählt, um einer kritiklosen Anwendung der Vaporisation bei allen möglichen Blutungen vorzubeugen. Diese Gefahr liegt sehr nahe, wenn das Vaporisationsrohr so dünn ist, dass es ohne vorherige Dilatation in den Uterus eingeführt werden kann. Viele Ärzte, die sich im Besitze eines solchen dünnen Rohres befinden, werden bei älteren Frauen mit Blutungen ohne Weiteres die Vaporisation vornehmen oder allenfalls vorher ein Curettement machen, dann aber, wenn die Untersuchung der herausbeförderten Massen eine normale oder einfach entzündete Schleimhaut ergeben hat, sofort vaporisiren. Bei diesem Vorgehen bleiben maligne Neubildungen und, selbst bei Ausführung des Curettements, Eireste und Polypen unentdeckt und die Vaporisation wirkungslos, da es natürlich unmöglich ist, dass die Vaporisation eine schon in die Muskelwand eingedrungene maligne Neubildung durch Nekrose vollständig zerstört. Auch wäre es nur ein Zufall, wenn bei Vorhandensein von kleinen Eiresten und Polypen die Vaporisation eine Nekrose dieser Gebilde erzeugte und hierdurch die Blutungen beseitigte.

Die Anwendung der Vaporisation ohne vorherige exakte Diagnose, ein Vorgehen, welches ein dünnes Vaporisationsrohr begünstigt, würde also in vielen Fällen die profusen Blutungen nicht beseitigen, den Zeitpunkt der Uterusexstirpation bei malignen Neubildungen zum Schaden der Kranken hinausschieben und hierdurch die Methode, die zweifelsohne sehr werthvoll ist, bei den Ärzten und beim Publikum in Misskredit bringen.

Vielleicht wird mir von den von der diagnostischen Unfehlbarkeit des Curettements überzeugten Ärzten entgegengehalten werden, dass das Curettement ihnen stets eine sichere Diagnose ermöglicht. Ich habe aber so viele Misserfolge des Curettements gerade bei Retention von Eiresten im höheren Lebensalter gesehen, dass ich einer solchen Behauptung wenig Gewicht beilege und derselben Fälle entgegenstelle, wo solche begeisterte Anhänger des Curettements den Uterus ein oder mehrere Male ohne Erfolg ausgeschabt hatten,

und ich nach Laminariadilatation einen kleinen Placentarrest entdeckte und durch seine Entfernung die Blutung prompt beseitigte. Derartige Reste adhäriren der Uteruswand häufig so fest, dass die Curette sie nur unter Leitung des Fingers zu entfernen vermag — ohne eine solche Leitung erzeugt die Curette gelegentlich eher eine gefährliche Verletzung[2] der abnorm brüchigen Muskelwand als eine Ablösung des Placentarrestes.

In einer Zuschrift an das Medicinische Waarenhaus regt Herr Prof. Torggler (Klagenfurt) die Anbringung einer Handhabe am inneren und eines Dampfableitungsrohres am äußeren Rohre an, damit beim wiederholten Herausziehen und Wiedereinführen des inneren Rohres die Hand des Operateurs nicht durch das heiße innere Rohr bezw. den aus dem äußeren Rohre rückströmenden Dampf verbrannt wird. Ich habe mich davor durch Umwickeln des unteren Endes des inneren Rohres mit einer Mullkompresse gut schützen können und hege das Bedenken, dass die erwähnten Modifikationen den Preis des Apparates vertheuern.

Bezüglich der Erfolge der Vaporisation erwähne ich noch kurz, dass dieselben mich bei rein klimakterischen Blutungen andauernd sehr befriedigen. In schweren Fällen vaporisire ich die Corpushöhle 8 Minuten lang mit Wasserdampf von 100°C (im Kessel) und erziele hierdurch in der Regel und ohne irgend welche üblen Komplikationen die Obliteration der Corpushöhle. Zugleich bewirkt das Verfahren eine mächtige Involution des entzündeten Uterus: Ich sah einen durch Metritis auf 12 cm Sondenlänge vergrößerten Uterus in einem halben Jahre sich auf 6 cm verkleinern und erst nach diesem Zeitraume wieder eine schwache (Menstruations-)Blutung eintreten. Die Pat. war wegen äußerst profuser Blutungen 2mal ohne Erfolg curettirt und mit Jodinjektionen behandelt worden; außerdem hatte sie eine ganze Apotheke innerer Mittel ohne Erfolg geschluckt.

III. Zur Narkose.

Von

Dr. Czempin in Berlin.

In No. 1 dieses Blattes bespricht Koblanck als Zeichen drohender Asphyxie bei der Chloroformnarkose die athetotischen Fingerbewegungen. Da er auch meiner Arbeit erwähnt, lasse ich zunächst den betreffenden Passus über diese in ihrer Ursache unerklärlichen Muskelbewegungen hier folgen. Ich schrieb p. 18:

In der tiefsten Narkose bei vollkommenem Erloschensein des Bewusstseins und der völligen Erschlaffung der willkürlichen Muskeln kommen zuweilen Bewegungen der Hände, der Finger und der Füße vor; eben so ist bei einigen Individuen selbst in tiefster Narkose eine rollende Bewegung der Bulbi zu beobachten. .... Die be-

[2] cf. Dührssen, Demonstration eines rupturirten, vaginal exstirpirten Uterus. Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 23.

treffenden Muskelbewegungen sind nicht als unbewusste Abwehrbewegungen des Chloroformirten aufzufassen. Eine Vertiefung der Narkose ist demnach bei Auftreten derselben nicht erforderlich.

Koblanck citirt mich nun falsch, indem er sagt: Czempin fasst sie jedoch als »unbewusste Abwehrbewegungen« auf und hält demnach »eine Vertiefung der Narkose nicht für erforderlich«. Durch dieses Übersehen meiner Worte konstruirt er so einen Gegensatz, der gar nicht besteht. Ich betone ja gerade, dass diese Erscheinung eine Erscheinung des tiefsten, kurz vor der Lähmung des Athmungscentrums sich befindenden Stadiums ist und füge für den Anfänger hinzu, eine Vertiefung der Narkose sei hierdurch nicht erforderlich.

Diese Muskelbewegungen an sich sind indessen niemals ein gefährliches Symptom. Sie treten nur, wie ich betonte, in der tiefsten Narkose ein. Mit Recht sagt desshalb Koblanck: Wird mehr Chloroform gegeben, so treten die bekannten Zeichen der Asphyxie ein; wird die Maske entfernt, so hören die Bewegungen auf...

Den für Asphyxie von Koblanck so warm empfohlenen v. Bergmann'schen Handgriff, die Epiglottis direkt mit dem Finger hervorzuziehen, möchte ich indessen in einem Lehrbuche als häufig anzuwendendes Mittel nicht anrathen. Ich habe ihn nie ausgeführt. Die Menschen, welche chloroformirt werden, athmen genau so wie wache Menschen durch die Nase. Hat jemand eine schlechte Nasenathmung oder gar keine Nasenathmung, so muss der Mund geöffnet gehalten werden. Dies genügt aber zuweilen nicht, dann muss auch die Zunge etwas herausgezogen werden, so dass zwischen Zungenrücken und den Zähnen des Oberkiefers ein Raum für die Luftpassage bleibt. Letzteres erreicht man am schonendsten, indem man einen Seidenfaden durch die Zungenspitze näht und die Zunge daran herauszieht.

Ist bei freier Nasenathmung die Zunge in tiefster Narkose tief in die Mundhöhle zurückgesunken, so dass die Luft nicht in den Larynx eindringen kann, so wird der chloroformirte Mensch asphyktisch, d. h. er wird tief blau und erstickt, trotzdem er selbst in seiner Betäubung verzweifelte Anstrengung macht, Luft in seinen verschlossenen Larynx zu bekommen. Leider verstehen dies die ungeübten jungen Assistenten nicht, und der unglückliche Kranke erhält meist noch mehr Chloroform, da er »spannt«. In diesem Stadium heißt es schnell den Larynx frei machen. Das erreicht man durch Öffnen des Mundes mit oder ohne Hilfe des Mundsperrers und Hervorziehen der Zunge mit einem Instrumente. Durch direktes Hervorziehen der Epiglottis geht es sicher auch, aber es geht genau so sicher mit der Zungenzange, ja meist auch durch den Esmarchschen Handgriff, d. i. Vorschieben des Unterkiefers.

Hat bei freier Nasenathmung die Zunge Neigung hinterzufallen und den Larynx zu versperren, so muss dauernd, während der ganzen Narkose, der Unterkiefer nach vorn geschoben gehalten werden, wie ich dies eingehend geschildert habe. Ist eine solche Neigung nicht da, so ist diese Mühe nicht erforderlich.

Noch auf eine Erscheinung, die ich nicht beschrieben fand, möchte ich aufmerksam machen, welche ich zuweilen, wie mir scheinen will, bei schwächlichen und verängstigten Frauen beobachtet habe. Das ist eine Unregelmäßigkeit der Athmung ganz im Beginne der Narkose. Schon nach den ersten Athemzügen hören die Pat., trotzdem noch alle Reflexe da sind, auf zu athmen, sie »vergessen« Athem zu holen! Ruft man ihnen laut zu, dass sie Luft holen sollen, so kommt wieder ein Athemzug, dann wieder eine lange ängstliche Pause. Ich bin der Meinung, dass hier Vorsicht nothwendig ist. Anscheinend handelt es sich um einen ursprünglich willkürlichen, dann aber unwillkürlich sich fortsetzenden Glottisverschluss. Während desselben wird das Herz geschwächt; kommt dann die Athmung in Gang und tritt durch eine dauernd vorgehaltene stark mit Chloroform getränkte Maske mit einem Male ein Übermaß von Chloroform plötzlich in die Lungen, so kann eine akute Giftwirkung auf das Herz Platz greifen.

Endlich will ich noch erwähnen, dass ich bei sehr schwächlichen, ferner bei älteren Personen gern statt des Chloroforms die Billroth'sche Mischung anwende (Alkohol 1, Äther 2, Chloroform 3 Theile), das ist empirisch die von Schleich später angegebene Vorschrift, künstlich das Chloroform durch Äthergemische auf einen niedrigeren Siedepunkt zu bringen.

IV. Zur Kasuistik der Kolpaporrhexis sub partu.

Von

S. Belitz-Heimann in Moskau.

Die Kolpaporrhexis gehört, glücklicherweise, zu den seltenen Komplikationen der Geburt. Diese Seltenheit macht aber auch jeden einzelnen Fall um so interessanter. Obwohl der einzelne Fall keinen Boden zur Verallgemeinerung darbieten kann, finden sich doch in jeder Beschreibung derartige Einzelheiten, die die Aufmerksamkeit des Lesers auf irgend eine Frage besonders hinzulenken und ihn vorkommenden Falles vor übertriebenen und fehlerhaften Maßnahmen zurückzuhalten im Stande sind. So z. B. beschreibt Dr. Merkuloff (»Wratsch« 1899 No. 20) einen Fall, in dem er, trotzdem es klar war, dass die Frucht sich unmittelbar unter der Bauchwand befand und somit die Integrität der Geburtswege verdächtig war, eine Ausspülung der Vagina mit Sublimatlösung (zwar einer schwachen) gemacht hat. Derselbe Autor stellt auch die kategorische Behauptung auf, dass die Laparotomie die einzige Möglickeit zur Rettung der Kreißenden bei Kolpaporrhexis biete.

Trotz dieser von Dr. Merkuloff für die Laparotomie gestellten Indicatio vitalis bestellte er in seinem Falle die Kranke auf den anderen Tag zur Ausführung der Operation zu sich ins Krankenhaus, wobei dieselbe eine Reise von 10 Werst auf holprigem Landwege zurückzulegen hatte. Der Erfolg der am nächsten Tage vor-

genommenen Operation war zwar ein günstiger: die Pat. genas. Trotzdem drängt sich aber dem Leser der Gedanke auf, dass die Pat. ihre Genesung mindestens eben so sehr ihren eigenen Naturkräften, wie der Geschicklichkeit des Operateurs zu verdanken habe.

Es drängt sich aber dem Leser auch noch der weitere Gedanke auf, ob die Laparotomie bei der Kolpaporrhexis wirklich die einzige Möglichkeit zur Rettung der Kranken ist und ob dieses in der Praxis und der Litteratur genügende Bestätigung findet. Wenn freilich richtig ist, dass man ein großes Beobachtungsmaterial zur Verfügung haben muss, um die Frage nach der Therapie der Kolpaporrhexis im Allgemeinen und im einzelnen Falle zu beantworten, so haben wir doch derartige Publikationen, welche sogar bei einem geringen Materiale die Frage bei Weitem nicht ausschließlich zu Gunsten der Laparotomie entscheiden (S. Cholmogoroff, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXI Hft. 1; C. Ewerke, Comptes rendus du XII. Congr. internat. de méd. Vol. VI p. 355 etc.). Als Beweis für das eben Gesagte möge der folgende Fall dienen:

Am 2. Januar 1898 um 7 Uhr Abends wurde in die Moskauer Gebäranstalt (es dejourirten Dr. I. N. Alexandroff und Schreiber dieses) die IIpara H. S., 23 Jahre alt, aufgenommen. Das erste Mal wurde die Pat. im Alt-Katharinen-Hospitale mit der Zange entbunden. Bei der Aufnahme wurde eine geringe Blutung konstatirt, deren Ursache nicht nachweisbar war. Temperatur 36,5, Athmung 18, Puls 60. Umfang des Leibes 91. Beckenmaße Tr. 30, Cr. 26, C. 29, C. ex. 16, C. d. 10. Muttermund auf $1\frac{1}{2}$ Finger geöffnet; Blase steht, Kopf liegt vor; zeitige Geburt. Abgang des Fruchtwassers um 2 Uhr Nachts bei Eröffnung des Muttermundes auf 3 Finger; nach Abgang des Fruchtwassers schließt sich der Muttermund um ein Geringes. Um 7 Uhr Morgens traten plötzlich unter heftigen Wehen Blutung und Erbrechen auf. Bei der äußeren Untersuchung stellte es sich heraus, dass die Frucht sich unmittelbar links unter den Bauchdecken befand. Oberhalb der Schambeinfuge fühlt man eine harte, rundliche Geschwulst, offenbar den kontrahirten Uterus. Allgemeinbefinden gut. Die Gebärende wird vorsichtig auf den Operationstisch gelegt und leicht chloroformirt. Bei der nun vorgenommenen inneren Untersuchung fühlt man den leeren, kontrahirten Uterus. Die eingeführte linke Hand dringt links vom Uterus in einen großen Riss des linken Scheidengewölbes (ca. 4 Querfinger breit) und konstatirt in der Bauchhöhle Kopf und Arm der Frucht. Mit derselben vorsichtig tastenden Hand wird der linke Fuß gefasst und mit der für derartige Fälle unheimlichen Leichtigkeit die Wendung ausgeführt; eben so leicht gelang mir auch die Extraktion der Frucht, wobei der Kopf durch den Prager Handgriff entwickelt wurde. Auch die Placenta wurde in toto aus der Bauchhöhle entfernt. Die Vagina wird mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült und mit Jodoformgaze leicht tamponirt. Druckverband und Eis auf den Leib. Allgemeinbefinden und Puls nach der Operation befriedigend. Um einer etwa eintretenden akuten Anämie vorzubeugen, werden Autotransfusion und Klystiere aus physiologischer Kochsalzlösung verordnet. Temperatur 37,1.

In Folge einer in der Gebärabtheilung des Moskauer Findelhauses üblichen Gepflogenheit, welche freilich keinerlei wissenschaftliche Grundlage hat, werden alle ähnlichen, nicht normalen Fälle, nachdem dieselben etwas länger als sonst gebräuchlich im Gebärzimmer verbracht, direkt ins Anstaltslazarett, wenn in demselben auch Infektionskranke liegen, übergeführt. So geschah es auch im vorliegenden Falle. Die Pat. kam zur weiteren Beobachtung und Behandlung zu Dr. M. F. Koslenko, welcher die Liebenswürdigkeit hatte, mir die Details des

weiteren Verlaufes dieses interessanten Falles freundlichst mitzutheilen. Der Riss heilte offenbar nicht per primam. Vom 1. Tage ab wurde die Temperatur bereits subfebril (37,7) und blieb bis zum 25. Tage post operationem (resp. post partum) fieberhaft, bis auf 38,9 ansteigend. Am 2. und 3. Tage trat Erbrechen ein. Vom 11. Tage an macht sich ein leichter Geruch der Ausscheidung bemerkbar und erst am 24. Tage nimmt dieselbe normale Beschaffenheit an. Das eben Gesagte war aber auch die einzige Abweichung vom normalen Verlaufe des Wochenbettes. Die therapeutischen Maßnahmen bestanden in Druckverband und Eisblase auf den Leib bis zum 16. Tage; darauf wurden statt der Eisblase feuchtwarme Umschläge angewandt und einige Male die Bauchdecken mit Jodtinktur bepinselt. Der Jodoformgazetampon der Scheide fiel am 5. Tage heraus und wurde dieselbe an demselben Tage mit Sublimatlösung (1:3000) von 33° R. ausgespült; derartige Ausspülungen wurden noch 4 Tage lang gemacht. Auch die Uterushöhle wurde einmal mit derselben Lösung ausgespült. Innerlich wurde Opium gegeben. Am 9. Tage wurde ein Klysma aus Wasser und Glycerin gegeben und am 12. Tage innerlich Ol. ricini verabfolgt. Darauf stellte sich spontan täglich Stuhl ein. Es trat auch Schlaflosigkeit auf, welche jedoch sehr bald einer Brombehandlung wich. Am 24. Tage wurde ein Bad gegeben. Nachdem am 25. Tage die Temperatur normal geworden war, blieb die Pat. noch eine Woche zur Beobachtung in der Anstalt und verließ dieselbe am 2. Februar 1898, das heißt am 31. Tage nach ihrer Aufnahme. Leider ist es mir nicht gelungen, später die Pat. wieder zu Gesicht zu bekommen und zu erfahren, ob sie nachher wieder schwanger war.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

481. Sitzung vom 20. November 1899.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

Herr Littauer: »Laparotomie wegen Kothtumors bei Carcinom der Flexura sigmoidea; Anlegung eines Anus praeternaturalis in der Linea alba; Heilung«.

Pat., 23½ Jahre alt, litt seit einem Jahre an Stuhlbeschwerden, die sich in den letzten 6 Wochen außerordentlich vermehrten, die letzten 14 Tage keine Stuhlentleerung und keine Blähungen mehr; alles Genossene wurde erbrochen. Zustand desolat. Äußerste Abmagerung, Darmschlingen außerordentlich gebläht; per vaginam ein das kleine Becken fast ausfüllender, prallelastischer, nach oben nicht abgrenzbarer, unbeweglicher Tumor zu fühlen. Die scheinbare Geschwulst ließ sich nach gemachtem Bauchschnitte leicht mit der Hand aus dem kleinen Becken herausschälen; die Finger hatten aber, wie sich zeigte, den Darm, der cirkulär von Krebs ergriffen war, total durchtrennt. Nachdem kolossale Kothmassen fortgeschafft waren, wurde das untere Darmende, an dessen Exstirpation bei dem elenden Zustande der Frau nicht zu denken war, zugenäht, versenkt und mit Bauchfell übernäht. Das obere Ende, auf welches sich die Geschwulst in einer handtellergroßen dicken Platte fortsetzte, wurde von seinem Mesenterium ein Stück weit abgetrennt, dann wurde der Darm im gesunden Gebiete in den Bauchschnitt in der Art des Uterusstumpfes bei extraperitonealer Stielbehandlung eingenäht. Hier musste die Operation beendet werden, da Pat. in extremis zu liegen schien. Am 6. Tage p. op. wurde das überflüssige, aus der Bauchwunde herausragende Darmstück mit der Geschwulst nach Anlegung von cirkulären Massenligaturen abgetragen. Am 9. Tage trat plötzlich Fieber auf, Pat. machte den Eindruck einer an schwerster Sepsis Erkrankten, doch gelang es, durch subkutane Infusion von 1300 ccm Kochsalz innerhalb zweier Tage, die Kranke durchzubringen. Es hat sich wohl hierbei um ein vom Stumpfe ausgehendes Demarkationsfieber gehandelt. Von da an war die Rekonvalescenz ungestört. Pat., welche bei der Entlassung, obgleich sie schon viel zugenommen hatte, 67 Pfund wog, hat jetzt nach ½ Jahre

102 Pfund erreicht, sieht gesund aus und ist mit ihrem Schicksale ganz zufrieden. Sie kann den Stuhlgang anhalten; die vom Bandagisten Schütz verfertigte Binde hält den Koth vollkommen zurück. Von einem weiteren Eingriffe glaubt L. absehen zu müssen; bei dem hohen Sitze des Carcinoms[1], welches weder per rectum noch per vaginam zu erreichen ist, hält er ein Eingreifen für sehr gefährlich und kaum einen Dauererfolg versprechend, während andererseits der Verlauf solcher Krebse nicht selten ein langsamer ist.

L. zeigt die Temperaturkurve einer wegen »tuberkulöser Peritonitis« Operirten vor. Pat., welche früher an Bluthusten gelitten hatte, zeigte in der Klinik vor der Operation 15 Tage Febris continua; die Laparotomie ergab geringes Exsudat — keine Knötchen auf dem Peritoneum — und eine etwa auf Pflaumengröße geschwollene Mesenteriallymphdrüse, die nicht exstirpirt wurde. Die Temperatur, welche am Morgen der Operation 38,6 betrug, war bereits am selben Nachmittage auf 37,4 gesunken und ist mit Ausnahme einer durch Angina hervorgerufenen Fiebersteigerung in der 3. Woche normal geblieben. Der Erfolg des Bauchschnittes macht hier entschieden den Eindruck einer specifischen Wirkung; Vortr. giebt jedoch zu, dass die Diagnose einer tuberkulösen Peritonitis nicht absolut sichergestellt ist.

Herr Littauer: Fall von »nicht-puerperaler Osteomalakie«.

Pat. ist seit 14 Jahren leidend, ist nie gravid gewesen, hat immer regelmäßig menstruirt; als ätiologische Momente sind Wohnen in feuchter Kellerwohnung und ärmliche Verhältnisse zu ermitteln. Pat. ist vielfach wegen Rheumatismus und Gicht behandelt worden; Vortr. kam auf die richtige Diagnose durch Beobachtung des charakteristischen Entenganges. Das Becken zeigt deutlich osteomalakische Form, Cristae $24^1/_2$, Troch. 25, Conj. ext. 16. Die Kranke wird seit 8 Wochen mit sehr gutem Erfolge mit Phosphorleberthran behandelt, die Unterarmknochen sind zur Zeit noch etwas biegsam. Vortr. hat vor $2^1/_4$ Jahre einen ähnlichen, aber vorgeschritteneren Fall beobachtet, auch hier war kein Zusammenhang mit Schwangerschaft, auch sonst keine Ursache für die Krankheit zu ermitteln. Diese Pat. wurde mit Phosphorleberthran und Soolbädern behandelt und ist seit über 2 Jahren völlig frei von Beschwerden geblieben.

Herr Zweifel fragt, ob Ascites oder ein Eiterherd vorhanden war?

Herr Littauer: Es war eine geringe Menge einer leicht getrübten Flüssigkeit vorhanden, ein Eiterherd wurde bei der Operation nicht entfernt; es wurden nur einige Adhäsionen getrennt, dann das rechte, eine kleine, mit wasserheller Flüssigkeit gefüllte Cyste enthaltende Ovarium abgetragen und dann der kleine Schnitt geschlossen.

Herr Hennig sprach über 1) Lithopaedia intra-uterina.

Die Thatsache, dass fast alle Lithopaedia beim Menschen primäre oder sekundäre extra-uterine sind, hat zu der Behauptung geführt, dass alle für uterin gehaltenen Steinkinder Bauchschwangerschaften angehören. Es wird verlangt, dass die ausgetragene uterine Frucht sich durch Kalksalze inkrustirt und Wehen nicht, wenigstens nicht wirksam, verursacht habe. Von zurückgehaltenen abgestorbenen, unreifen Eiern ist bei dieser Begriffsbestimmung abzusehen. Dann bleiben allerdings nur 3 Beispiele übrig. Das erste gehört Halley an. Das zweite bei sicher einfachem Fruchthalter Freund (Jahrb. der Schles. Ges. für 1875): Das Fruchtwasser ging der Zweitgebärenden 4 Monate nach den ersten Bewegungen ab, Ende des 9. Schwangerschaftsmonates. Das 3. Beispiel wurde vom Vortr. in gegenwärtiger Gesellschaft vorgezeigt und der Sammlung des Trier'schen Institutes einverleibt. Das Präparat wird nochmals erwähnt, weil ein Bedenken laut geworden ist, ob das verkalkte Zeugungsprodukt wirklich vom Fruchthalter umschlossen gewesen sei. Redner hat in dem Dorfe, in welches der behandelnde Arzt ihn mitgenommen — es war Dr. Becker-Laurich von Altenburg — die

[1] Dr. Felix, Assistent am pathologischen Institute, bezeichnet die Geschwulst als typisches Drüsencarcinom.

Frau untersucht, wenige Tage vor der vorgeschlagenen Sectio caesarea vaginalis. Man fühlte im bereits zugänglichen Muttermunde sowohl mit dem Finger als auch mittels der Sonde sicher Schädelknochen. Mehrere Tage darauf, nachdem unter Wehen die längst abgestorbene Frucht vom Uterus auf den Steiß gedreht war, wurde der Kreuzschnitt ausgeführt und das Kind ausgezogen. Die Frau genas; vgl. Archiv für Gynäkologie Bd. XIII p. 292 (1878). In Bd. XVII p. 153 (1881) hat Küchenmeister (Dresden) dasselbe Thema behandelt ohne H.'s vergleichend tokologische Arbeit zu erwähnen. Nicht ganz zutreffende Beispiele haben Depaul, Werth, Valenta, Freund, Oppel, Cox.

Diskussion: Herr Zweifel fragt den Vortr., ob bisher eine Untersuchung eines solchen Lithopädion (beim Menschen) an einer Leiche vorgekommen sei, und als dies verneint ward, bemerkt er, dass man Angesichts mehrerer Beschreibungen nicht wohl an der Möglichkeit eines solchen Vorkommnisses zweifeln dürfe, um so weniger, als bei Thieren das Vorkommen bewiesen sei, dass man jedoch, bis eine anatomische Untersuchung auch bei Menschen vorliege, mit der Deutung zurückhalten müsse, weil andere Möglichkeiten, wie z. B. interstitielle Extra-uterin-Schwangerschaften, gegeben seien. Ein Beweis für dieses Vorkommen auch beim Menschen könne allein auf Grund von anatomischen Untersuchungen, sei es an einer Leiche, oder nach einer Exstirpation geliefert werden.

Herr Hennig berichtet über einen Fall, wo Uterusfibrom angenommen wurde, sich aber herausstellte, dass es sich um interstitielle Schwangerschaft handelte.

Interstitielle Schwangerschaften machen stets Beschwerden, Blutungen nach außen und innen. Er nimmt den Becker-Laurich'schen Fall nicht als interstitielle Schwangerschaft an, weil alle bisher beobachteten interstitiellen Eier eine gesonderte Erhebung am Kontour des Fruchthalters hervorgebracht haben.

Herr Hennig: 2) Über sogenannte Ersatzmittel der Muttermilch.

Der Vortr. benutzte seinen Aufenthalt in den Savoyer Gebirgen, um, wie vor mehreren Jahren in den bairischen Sennhütten, die noch verbreitete Ansicht Derer zu widerlegen, welche der Alpenmilch »saure« Eigenschaft auch in frischem Zustande zuschreiben.

H. fand deutlich amphotere Beschaffenheit der Milch von Kühen, welche von reinen Händen in reinliche Gefäße gemolken worden und im Freien weiden, am längsten, auch bei Sommerwetter, nahe dem Mont Blanc in dem hoch und frei gelegenen Saint-Gervais.

Saure Reaktion kam nach H.'s früherem Berichte ausnahmsweise nur durch saure Gärung bei Stallfütterung und Gewitterluft vor. Diese Wahrnehmungen erklären die Bekömmlichkeit der kondensirten Schweizer Milch von der in höchstem Betriebe stehenden Fabrik (jetzt als Gesellschaft gegründet) in Vevey am Genfer See.

Unter den Nährmitteln, welche den die Brustmilch entbehrenden Säuglingen geboten werden, stehen die kondensirte Schweizer Milch und das Vevey'sche »Kindermehl« obenan. Henri Nestlé hat das Verdienst, beide Surrogate in einer der Hauptsache nach vortrefflichen Weise zuerst dargestellt zu haben. Seine Fabrik bildet in Vevey, am gesundheitlich bevorzugtesten Gestade des Genfer Sees, zusammen mit der anstoßenden Tabakfabrik einen ganzen Stadttheil.

Die eingedickte Milch wird aus Milch gewonnen, welche Alpenkühe bei gut überwachter trockener Stallfütterung leisten. Diese Milch erreicht beinahe die Probe deutlicher Alkalescenz der Milch von Kühen, welche wenigstens während des Sommers Tag und Nacht im Freien die bairischen u. a. Alpen, so auch die Berge nächst dem Mont Blanc (St. Gervais) beweiden. Die Milch der Freiweide erreicht, wie Redner vor 26 Jahren im Jahrbuche für Kinderheilkunde dargelegt hat, nahezu die starke Alkalescenz der Muttermilch, reagirt wenigstens deutlicher auf das rothe (bläuend) als auf das blaue Lackmuspapier (kaum röthend). In die meisten früheren Lehrbücher der organischen Chemie war der Satz aufgenommen, Kuhmilch reagire »amphoter« oder »schwach sauer«. Nun zeigte sich aber bei Nachversuchen, dass, je deutlicher sauer eine Thiermilch reagirt, um so eher sie den Säuglingen die Verdauung stört, sie endlich in den heißen Monaten krank macht.

Die kondensirte Milch eignet sich nun zumal im Sommer und auf Reisen zum Ersatze, weil sie sich durch den hohen Gehalt an Rohrzucker lange unzersetzt erhält, nur für den Gebrauch verdünnt werden muss. Manche Kinder werden dieser Nahrung, weil sie zu süß, überdrüssig; die weniger süße bairische eingedickte Milch hat leider nicht den lohnenden Absatz gefunden.

Das Kindermehl passt trotz der Zeugnisse angesehener Kliniker erst nach dem Erscheinen der ersten Zähne des Säuglings; denn vorher kann das des Speichels entbehrende Kind das in dem Surrogate enthaltene, wenn auch feinste und aufgeschlossene Mehl nicht verdauen.

Diskussion: Herr Zweifel bemerkt zu den Ausführungen des Redners, dass die frisch nach dem Melken untersuchte Milch von gesunden Kühen immer amphoter reagire, d. h. rothes Lackmuspapier bläue und blaues röthe, dass man aber Bestimmungen der Säure in der Milch, die von sauren Salzen herrühre, nach den Forschungen von Soxhlet und Henkel nicht mehr anders, als mit größeren Mengen (50 ccm) unter Benutzung eines Indikators (Phenolphthaleïn) durch Titriren mit $^1/_{10}$-Normalnatronlauge herausbringen könne, nicht aber mit einem auf Reagenspapier gebrachten Tropfen Milch.

Herr Krönig: Über die orthopädischen Dauererfolge bei der Alexander-Adams'schen Operation.

(Erscheint ausführlich in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

Diskussion: Herr Graefe ist erstaunt über das außerordentlich häufige Vorkommen von Hämatomen nach der Alexander-Adams'schen Operation, wie es von dem Herrn Vortr. erwähnt worden ist. Er hat die Litteratur über diese Operation im Verlaufe der Jahre mit Interesse verfolgt, kann sich aber nicht erinnern, dass von anderen Operateuren über ein Gleiches berichtet worden wäre. Er möchte anfragen, worauf die Häufigkeit der Hämatombildung in der Leipziger Frauenklinik zurückgeführt wird.

Wenn der Herr Vortr. bemerkt hat, dass der Dauererfolg der Alexander-Adams'schen Operation nicht selten große Scheidenplastiken erfordere, so ist dem gewiss beizustimmen. Doch möchte G. hier vor einem »Zuviel« besonders bei der hinteren Kolporrhaphie warnen. Eine derartige Verengerung des Scheidenrohres, dass durch sie erhebliche Geburtsstörungen entstehen, muss entschieden vermieden werden. Auch noch aus einem anderen Grunde ist darauf zu achten, dass die Scheide nicht abnorm verengt wird. Es ist G. nicht ein-, sondern mehrere Male vorgekommen, dass von anderer Seite kolporrhaphirte Frauen sich an ihn wandten, weil durch die Scheidenverengerung der Coïtus für sie bezw. den Gatten nur unter heftigen Schmerzen oder gar nicht möglich war. Bei noch in geschlechtsthätigem Alter befindlichen Frauen ist es ohne Frage geboten, bei plastischen Operationen an der Vagina mit der Verengerung nicht weiter zu gehen, als die Weitenverhältnisse in normalem Zustande sind.

Schließlich möchte G. die Berechtigung der Sterilisirung solcher Frauen bestreiten, bei welchen nach Alexander-Adams und Kolporrhaphie nach erneuter Schwangerschaft und Geburt ein Recidiv zu befürchten ist, selbst wenn schon mehrere lebende Kinder vorhanden sind. Wer steht dafür, dass die Kinder am Leben bleiben, dass nicht vielleicht der einzige Sohn neben mehreren Töchtern oder umgekehrt stirbt und nun der Wunsch, den Verlust zu ersetzen, rege wird. Die betreffenden Eltern, selbst wenn sie ihre Einwilligung zur Sterilisirung gegeben hatten, werden nun dem Arzte keinen Dank für dieselbe wissen, ja ihm Vorwürfe machen.

Herr Abel fragt, wie oft eine Amputation der Portio vaginalis gemacht worden ist.

Herr Zweifel bemerkt zur Blutstillung, dass die Anfangs beobachteten Hämatome lediglich durch das Nichtunterbinden der 2 größeren Venen entstanden seien, welche regelmäßig durch das Operationsgebiet laufen, nämlich die Vena spermatica externa und die näher am Darmbeinkamme quer durch den Schnitt gehende Vena epigastrica superficialis. Seitdem diese Venen mehrmals zu Nach-

blutungen führten, nahm sich Z. vor, jedes Mal diese größeren Venen doppelt zu unterbinden, und diese Vorsicht lohnte sich durch das Ausbleiben der Hämatome, zugleich anzeigend, wie man dieselben verhüten kann. Herr Krönig hat ferner auf die uns wiederholt überraschende Beobachtung hingewiesen, dass ein mittelstarkes Anziehen der Lig. rotunda den Uterus aufrichtet und ein noch stärkeres Anziehen plötzlich — während noch die Finger die Lage des Uterus kontrollirten — die Gebärmutter zum Umkippen brachten. Es galt, diese auffallende Thatsache zu erklären und konnte dabei nachgewiesen werden, dass daran der eigenthümliche Verlauf des Lig. teres die Schuld trage, welches von dem Horne des Uterus unter dem Peritoneum durch zum Annulus inguin. intern. laufe und dass ein zu starkes Anziehen dazu führe, das Peritoneum dachartig zu heben und dadurch den unteren Theil des Uterus, welcher mit dem Peritoneum durch Fasern verbunden ist, hoch zu heben und den Fundus zum Umkippen zu bringen. Desswegen wurde in allen kommenden Fällen der Processus peritonei grundsätzlich eingeschlitzt, ja absichtlich gerade diese nach unten ziehende Falte angezogen und das Band daraus hervorgezogen. Seitdem bringt auch ein stärkeres Anziehen den Uterus nicht mehr zum Umkippen.

Zu dem Vorschlage, unter gewissen Beschränkungen die Frauen zu kastriren, um ihnen ein Recidiv der Krankheit zu ersparen, nimmt Z., wenn er auch große Vorsicht empfiehlt, doch keineswegs eine ablehnende Stellung ein, wie dies Herr Graefe that. Es ist dazu jedoch das Einverständnis nicht nur der kranken Frau, sondern im Falle sie verheirathet ist, auch die des Mannes unerlässlich. Doch unter diesen Voraussetzungen und einer Methode der Sterilisation, welche sogar im Falle, dass einer solchen Frau ihre Kinder sterben sollten, die Wiederherstellung der Konceptionsfähigkeit ermöglicht, hält Redner die Sterilisation für zulässig: mache man doch diese Operation unter Indikationen, die noch lange nicht so ernst in das Leben eingreifen, wie die die Erwerbsfähigkeit schwer beeinträchtigenden Prolapse.

Trotz der vorgekommenen 2 Todesfälle erklärt Redner die Alexander-Adams'sche Operation als ungefährlich, weil nach den Darlegungen des Herrn Krönig beide Todesfälle nicht dieser Operation, sondern den scheidenverengernden zuzuschreiben seien. Doch müsse man an diesen letzteren bei Prolapsen festhalten, weil ohne sie ein guter Erfolg für die Kranken nicht zu erwarten sei und müsse man gerade an der vorderen Wand der Scheide bis an den Harnröhrenwulst heran die Schleimhaut wegnehmen, weil gerade durch das Hereinhängen der vorderen Scheidenwand den ihren Zustand genau kontrollirenden Frauen das Gefühl des Wiedervorfallens erzeugt werde.

---

482. Sitzung vom 18. December 1899.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

Herr Krönig: Zur Wahl des Nahtmaterials.

(Der Vortrag erscheint in extenso in der Deutschen med. Wochenschrift.)

Diskussion. Herr Menge: Auf die Möglichkeit des Vorkommens toxischer Stoffe im Katgut wird doch auch von Katguthändlern selbst in Prospekten aufmerksam gemacht. Es soll vorkommen, dass weniger gewissenhafte Fabrikanten Darmwandmaterial von gefallenen und nicht ausschließlich von frischgeschlachteten Thieren zur Katgutfabrikation verwenden. Wir wissen aber auf Grund von bakteriologischen Untersuchungen der Peritonealhöhle von Leichen, dass die Darmbakterien, darunter auch das Bacterium coli, sehr rasch in die Darmwand und durch dieselbe in die Peritonealhöhle einwandern. Die Darmbakterien benutzen dabei natürlich die todte Darmwand als Nährboden und lagern in ihr auch Stoffwechselprodukte ab. Ob diese Stoffwechselprodukte bei der Sterilisation des Katguts, eben so wie die Bakterien selbst, zerstört werden, ist immerhin fraglich. Übrigens ist mit der obigen Behauptung einzelner Katguthändler, die wohl ein Konkurrenzprodukt ist, ein Beweis für das Vorhandensein von

Toxinen im Nahtmateriale selbstverständlich nicht geliefert, und ich habe mich durch dieselbe auch nicht veranlasst gesehen, den fast ausschließlichen Gebrauch des nach Krönig sterilisirten Cumolkatguts einzuschränken, da es sich mir immer von Neuem ausgezeichnet bewährt hat.

Herr Zweifel hält das von Herrn Menge Gesagte für richtig, weil auch er nach jahrelangen ausgezeichneten Erfahrungen im Juni des Jahres 1899 eine Reihe von Beobachtungen machte, die ihn beunruhigten, trotzdem die Proben des Katguts sicher keimfrei waren. Natürlich ist es unter solchen Verhältnissen sehr schwer, den Verdacht, den man gewinnt, zu beweisen; aber denken muss man daran, dass einmal unter einer Sendung von Katgut Därme von milzbrandkrank gewesenen Thieren verarbeitet sein könnten, die durch Toxine noch zu schaden im Stande sind. Als eine Serie von Katgut verbrannt war, kam in allen folgenden Fällen keine Eiterung mehr. Es wäre zu wünschen, dass die Katgutfabrikanten durch Aussäen auf Nährgelatine Därme, bei denen sie selbst ein Gefühl der Unsicherheit gewinnen, auf Milzbrand untersuchten oder untersuchen ließen. Doch trotz dieser Erfahrungen wird Redner grundsätzlich dem Katgut den Vorzug geben und, so weit nur immer möglich, das nach der Methode Krönig sterilisirte Katgut anwenden. Dasselbe ist, wenn man die Herstellung in hiesiger Klinik sieht, die denkbar einfachste, was jedoch außerhalb Leipzig nicht geglaubt wird, und einen Grund dazu sieht Z. darin, dass Herr Krönig zur Zubereitung ein »Sandbad« empfohlen hat. Wenn er gesagt hätte: man nimmt ein Emailgefäß von 2 bis 3 Liter Inhalt, füllt auf dessen Boden fingerbreit Seesand ein, stellt darauf ein Becherglas mit Cumol gefüllt, schüttet um dasselbe Seesand auf, bis zum Niveau des Cumols und erhitzt den Emailtopf über einer Bunsen- oder Spiritusflamme, so hätte dies vielleicht mehr Anklang gefunden, weil der Begriff Sandbad nicht allen Ärzten geläufig ist.

Die Festigkeitsproben, welche der Apotheker des Leipziger Krankenhauses, Herr Dr. Stich, ausführte, sprechen sehr zu Gunsten von Cumolkatgut.

Zur Revision der Bauchnaht darf sicher nicht der 7. Tag ausgewählt werden, weil hier noch oft ein Stichkanal etwas Eiter zeigt, während er am 20. Tage völlig trocken und Alles per primam geheilt ist. Man kann die Kontrolle auch zu viel verschärfen und so weit gehen, dass man schließlich bei anderen Kollegen, die so etwas als selbstverständlich nicht berücksichtigen, einen Eindruck zu Ungunsten provocirt.

Bei der Alexander-Adams'schen Operation legt Z. immer noch 2 desinficirte Seidennähte.

Das Aufplatzen der Bauchwunde ist 2mal — übrigens beide Male ohne den geringsten Nachtheil — vorgekommen, in beiden Fällen nach gewöhnlicher fortlaufender Naht. Seit Anwendung der verschlungenen 2-Fadennaht ist so etwas nie wieder vorgekommen, weil diese viel fester ist, so fest wie die unterbrochene.

Herr Littauer erwähnt, dass er mit einer Katgutsendung ähnliche Erfahrungen gemacht habe wie Herr Zweifel, er sei desshalb zur Seide übergegangen. Wenn er auch die Möglichkeit des Herauseiterns von Seidenligaturen als eine Unannehmlichkeit dieses Materials anerkenne, so brauche man doch dieses verhältnismäßig seltene Vorkommnis sicher nicht so zu fürchten wie Herr Krönig. Was die vom Vortr. erwähnten Belastungsversuche anlangt, so bezeichnen die No. 0 bis IV für Katgut und Seide wohl nicht identische Fadenstärken; die feinste Seide sei entschieden viel dünner als das feinste Katgut. Dass man mit ganz feiner Seide nähen könne, sei ein Hauptvorzug dieses Materials, da man dadurch bei plastischen Operationen viel schönere Resultate erhalten kann als bei Verwendung von Katgut. Für die tiefgreifenden Bauchnähte sei das Silkworm nicht nur dem Katgut, sondern auch der Seide vorzuziehen, da diese Fäden, selbst wenn sie 3 Wochen liegen bleiben, keine Reizerscheinungen machen.

Herr Goepel stimmt Herrn Krönig darin bei, dass das Katgut speciell nach dem Verfahren von Hofmeister eine sichere Sterilisation zulässt. Auch er möchte das Katgut nicht entbehren:

1) bei der Versorgung von Wunden, welche nicht steril sind,

2) um Hohlräume, z. B. Gallenblase, Urinblase, Choledochus gegen das Innere abzuschließen,

3) zur Unterbindung in Gegenden, welche durch Tamponade oder Drainage in eine Verbindung nach außen gebracht werden.

Katgut erscheint indess ungeeignet da, wo es auf hervorragende Widerstandsfähigkeit des Nahtmaterials ankommt, z. B. zur Fascien- und Muskelnaht der Bauchdecken. Die Gefahr des Aufplatzens der Naht bei unverhoffter stärkerer Anwendung der Bauchpresse ist zu groß. Auch dürfte der Ausbildung von Brüchen durch theilweise Lösung der Fascienverbindung unterhalb der erhaltenen Cutisnaht Vorschub geleistet werden. Redner hat stets das Princip gehabt, den Halt der Bauchdeckennaht bei aseptischen Operationen durch Etagennaht mit unresorbirbarem Nahtmaterial zu sichern, und zu diesem Zwecke Seide, Silberdraht und Celluloidzwirn mit gleich gutem Erfolge angewendet. Es müssen jedoch dabei 3 Faktoren berücksichtigt werden, die bei der Versenkung eines jeden unresorbirbaren Fremdkörpers in Frage kommen:

1) Es darf unresorbirbares Nahtmaterial nur dann Anwendung finden, wenn ein aseptischer Wundverlauf zu erwarten ist; es ist daher ausgeschlossen, wenn eine Verunreinigung der Wunde durch Eröffnung infektiöser Herde oder aus anderer Ursache stattfand.

2) Das Eintreten von Gewebsnekrose oder von Hämatomen in der Umgebung des versenkten Fremdkörpers muss vermieden werden. Durch zu dichte Naht oder zu feste Schnürung, ferner durch nachträgliche Anspannung der Naht durch Meteorismus oder Ascites kann Gewebsnekrose erzeugt werden, welche die Einheilung des versenkten Materials in Frage stellt.

3) Der Fremdkörper muss nach außen von gesunden, lebenden Gewebstheilen überdeckt sein.

Bei Beobachtung dieser Punkte findet eine Ausstoßung der versenkten Fäden nicht statt. Wo diese Bedingungen nicht erfüllbar oder herbeiführbar sind, ist es besser, auf die Versenkung von unresorbirbarem Materiale zu verzichten und die Sicherheit der Bauchdeckennaht durch durchgreifende Seidennähte zu gewährleisten. Es geht daraus hervor, dass man bei der Bauchdeckennaht nicht nach einem und demselben Schema verfahren darf, sondern sich den Verhältnissen des einzelnen Falles anpassen muss.

Was die engere Auswahl des Nahtmaterials anlangt, so geben Silberdraht und Celluloidzwirn im Allgemeinen bessere Resultate als Seide, da sie einen geringeren Anspruch an die Aseptik des Bodens stellen, in welchen sie versenkt werden.

Herr Füth: Es dürfte interessiren, zu erfahren, dass, wie in einer Mittheilung aus neuester Zeit besonders betont wird, Kocher nicht ganz ausschließlich Seide verwendet, wie man nach dem Vortrage annehmen muss. In einem Berichte über seinen Besuch in der chirurgischen Klinik in Bern schreibt Jochner (Münchener med. Wochenschrift 1898 p. 1379): »Als Nähmaterial wie zu den Ligaturen wird beinahe nur Seide verwendet und zwar ausschließlich die 2 feinsten Nummern. Allerdings ist es geflochtene Seide. In nicht sehr häufigen Fällen und nur, wo es sich um inficirte Wunden handelte und desswegen offene Wundbehandlung nöthig war, sah ich Ligaturen aus Katgut anwenden«. Über die Festigkeit der verwendeten Seide äußert Jochner: »Das Einzige, was ich bemerkte, ist ein ziemlich häufiges Abreißen der Seide beim festen Zusammenschnüren, obwohl, wie schon oben bemerkt, immer geflochtene Seite benutzt wird«.

Herr Blumberg (als Gast): Das von mir angefertigte, von dem Herrn Vortr. erwähnte Formalinkatgut, an welchem Herr Krönig gewisse Vorzüge hervorgehoben hat, ist in der Weise hergestellt, dass das Rohkatgut nach dem Aufenthalt in Formalin und dann in fließendem Wasser eine Viertelstunde lang in Wasser gekocht war; es wurde dann aufbewahrt in einer Lösung von Alkohol (96%) 100, Glycerin 5,0, Karbol 4,0.

In dieser Präparationsart ist das Hofmeister'sche Katgut in der Klinik des Herrn Geheimrath v. Mikulicz seit Jahren in Gebrauch.

Herr Krönig (Schlusswort): Gegenüber den Äußerungen von Herrn Göpel möchte ich erwähnen, dass ich die Beschwerden, welche Pat. durch Fadeneiterungen nach Seide haben, keineswegs zu schlimm geschildert habe, sondern ich habe absichtlich nur die Beobachtungen wiedergegeben, welche Abel bei derartigen Frauen machen konnte. Wenn Herr Göpel neuerdings bei der Anwendung des von Pagenstecher angegebenen Celluloidzwirns bessere Resultate erzielt hat, so möchte K. doch zur Erwägung geben, dass gerade zur Beurtheilung der Fadeneiterungen eine lange Beobachtungsdauer nothwendig sei. Auch ihm scheint allerdings der Celluloidzwirn große Vortheile vor der Seide voraus zu haben und es sei wohl möglich, dass bei Anwendung eines derartigen Materials die lästigen Fadeneiterungen seltener würden. Die mitgetheilten Beobachtungen von Göpel, dass der Seidenfaden fast stets auseitere, wenn er in einem inficirten Gebiete versenkt würde oder in Kommunikation mit der Außenwelt bliebe, scheint K. ein Beweis für das Bestehen einer Implantationsinfektion bei Anwendung von Seide zu sein. Kocher betont speciell diese Art der Infektion gegenüber der einfachen Kontaktinfektion. Während bei Kontaktinfektion gewöhnlich bald Heilung eintritt, wird bei Implantationsinfektion, wo gleichzeitig ein Fremdkörper in die Wunde versenkt wird, die Heilungsdauer dadurch verzögert, dass der Fremdkörper selbst zum Brutherd für die pathogenen Keime wird, welche von den keimtödtenden Kräften des Organismus nicht erreicht werden. — Eine derartige Implantationsinfektion ist bei Anwendung von Katgut ausgeschlossen, weil das Katgut sehr bald resorbirt und damit die Fremdkörperwirkung aufgehoben wird. Man kann Herrn Göpel sofort zugeben, dass die Fadeneiterungen aufhören würden, wenn in der That die Möglichkeit eines keimfreien Operirens vorläge, dies ist aber zur Zeit noch eine unerfüllbare Bedingung und gerade aus diesem Grunde erscheint die Anwendung von Katgut so vortheilhaft. Seine besondere Freude möchte K. ausdrücken über die Mittheilung von Füth, dass auch zu der Zeit, wo er Assistent bei Prof. Sänger war und wo die Seide antiseptisch vorbereitet wurde, Fadeneiterungen beobachtet sind. Betreffs der Toxine im Katgut ist zwar nicht zu leugnen, dass dieselben vorkommen können, aber einmal ist immerhin wahrscheinlich, dass diese durch die Präparation — eine Erhitzung auf 160° 1 Stunde lang — ihre Wirkung zum Theile einbüßen, andererseits erwähnt ja auch Poppert selbst, dass die Bakterientoxine höchstens leichte Wundreizungen zur Folge haben können. Es ist kaum theoretisch zu erklären, dass die Folge derartiger Toxine jauchende Abscesse oder auch nur lang anhaltende schwere Eiterungen sein sollen. — Betreffs der Revision der Wunde und der Feststellung der prima reunio möchte K. Herrn Zweifel vollständig zustimmen, dass man eigentlich erst einen so späten Termin, wie den 20. Tag p. op., wählen sollte. Unter dieser Annahme wäre die Forderung Kocher's einer ununterbrochenen Serie von Primaheilungen bei Anwendung von Katgut in der That an dem Materiale der hiesigen Klinik erfüllt, bestimmt aber liegen keine besseren Resultate bei Anwendung von Seide vor.

Verschiedenes.

2) P. G. Spinelli. Allgemeine Indikationen und Technik der Sterilisation der Frau.

(Arch. ital. di gin. 1898. No. 5.)

Aus Gründen der individuellen so wie socialen Prophylaxe hält Verf. es für geboten, bei einer Reihe von Krankheitszuständen, welche erfahrungsgemäß durch die Schwangerschaft ungünstig beeinflusst werden oder bei welchen die Gefahr der erblichen Übertragung droht, die Möglichkeit einer Schwängerung mit allen Mitteln zu verhüten. Zu derartigen Krankheiten rechnet Verf. die Herzfehler, Tuberkulose, Albuminurie und chronische Nephritis, schwere Anämie, Geisteskrankheiten und Diabetes. Als Operationsmethoden zur Herbeiführung der künstlichen Unfruchtbarkeit werden empfohlen: entweder Colpo-Coeliotomia posterior mit Ab-

bindung resp. Amputation des abdominalen Tubenendes oder die Colpo-Coeliotomia anterior und Durchtrennung der Tube zwischen 2 Ligaturen. Verf. hat 2mal nach dem ersten Verfahren operirt, 1mal nach dem zweiten.

H. Bartsch (Heidelberg).

3) **M. Weiss.** Blutdruck während der Menstruation.

(Orvosi Hetilap 1898. No. 18.)

Verf. erwähnt einen Fall, wo bei einer 34jährigen Frau nach einem konsolidirten Beinbruche die Haut über demselben während der Menstruation stets schmerzhaft wurde und anschwoll. In einem anderen Falle traten bei einer an Mitralstenose leidenden Frau während der Menstruation stets Inkompensationserscheinungen, wie Erbrechen, Husten, Leberschmerzen, Olygurie und Ödem an den unteren Extremitäten auf.

Verf. schreibt diese Erscheinungen einem erhöhten Blutdrucke zu. (Ein Steigen des Blutdruckes ist bekanntlich wissenschaftlich festgestellt, jedoch nur für die prämenstruale Zeit, während der Blutverlust während der Menstruation ein Sinken desselben verursacht. Ref.) **Temesváry** (Budapest).

4) **v. Arx.** Über die Ursachen einer natürlichen Lage des Gebärorgans.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 210. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1898.)

Die Arbeit enthält so viele durch Zeichnungen erläuterte Anschauungen über die Druckverhältnisse in der Bauchhöhle und im Becken und über die Einflüsse der Nachbarorgane des Uterus, dass sie sich zu einem Referat nicht eignet.

Die Schilderung einer neuen Operation der Cystocele aber auf Grund seiner oben erwähnten Darstellungen ist wünschenswerth. Die Blasenausbuchtung soll dadurch gehoben werden, dass man den Cystocelenwinkel, den die hintere Blasenwand mit der Harnröhre bildet, völlig verschwinden lässt. Zu diesem Zwecke macht man einen Ovalärschnitt um die Portio und trennt die Blase von der Cervix; auch nach vorn wird die Blase 2—3 cm vom vorderen Wundrande losgelöst. Dann amputirt man die Portio, legt die vordrängende Blasenwand mittels einer Sonde in 2 Querfalten und heftet die vordere Falte direkt an den Cervixstumpf, so dass der Blasengrund dadurch völlig angespannt wird.

Der Operationseffekt ist der, dass die vordere Vaginalwand in Längsfalten gelegt erscheint. **Witthauer** (Halle a/S.).

5) **W. Cheyne.** Bewegliche dritte Niere.

(Lancet 1899. Januar 28.)

Rechts von der Wirbelsäule, etwa 4 Zoll unterhalb der rechten Niere, wurde bei Köliotomie einer 22jährigen Pat. eine dritte Niere gefunden, die besondere Ureter- und Blutversorgung besaß. Trotzdem keine Fixation der Niere vorgenommen wurde, sondern nur das bedeckende Peritoneum, das bei der Operation gespalten war, wieder zusammengenäht wurde, trat volle Genesung ein.

Rissmann (Osnabrück).

6) **E. Albert** (Wien). Ein Fall von hysterischer Skoliose.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1899. No. 24.)

Bei einem 15jährigen gut entwickelten, menstruirten Mädchen fanden sich die Symptome einer ganz entwickelten skoliotischen Ausweichung der Lende nach links. Nachdem Pat. 1 Jahr vorher an einer hysterischen Koxalgie erkrankt war, die bald verschwunden war, wurde die Diagnose auf hysterische Skoliose gestellt. Darreichung von Asa foetida. Heilung in kurzer Zeit. **Dittel** (Wien).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Pr[illegible] Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* [illegible]

[illegible] in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. Sonnabend, den 10. Februar. 1900.

(Aus der deutschen geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik zu Prag.)

I. Hochgradige frische Ätzstenose der Cervix und des Fornix in der Schwangerschaft. Geburt per vias naturales.

Von

Dr. Ferdinand Schenk,

Assistent der Klinik.

Die erworbenen Atresien der Scheide verdanken ihre Entstehung hauptsächlich schweren instrumentellen Geburten mit nachfolgender Infektion, wobei der Grad der Verengerung desto größer wird, je umfangreicher und tiefer die gesetzten Verletzungen sind und je schwerer die Infektion ist, so dass es sogar so weit kommen kann, dass in Folge eines gangränösen Processes im Anschlusse an schwere Geburtsverletzungen die ganze Scheide schlauchförmig ausgestoßen wird, wie in dem Falle von Schütz[1] und dass es später sogar zu

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1892. No. 28.

einem vollständigen Schwunde der Vagina kommen kann, wie ein von Kümmel[2] berichteter Fall beweist.

Die auf diese Weise entstandenen Atresien bezw. Verengerungen der Scheide sind häufig und es genüge, wenn ich anführe, dass Neugebauer[3] bis zum Jahre 1895 die stattliche Anzahl von 176 fremden und 33 eigenen Beobachtungen dieser Art unter den mit großem Fleiße gesammelten 1000 Fällen von angeborener oder erworbener Scheidenverwachsung und -Verengerung aus der Litteratur zusammengestellt und veröffentlicht hat. Auch nach spontaner Geburt kann es bei allgemein verengtem Becken, großem Kindesschädel und langer Geburtsdauer ausnahmsweise zu bedeutenden Verletzungen mit nachfolgender Stenose kommen. Außer Neugebauer hat auch Esman[4] eine große Anzahl von kongenitalen und erworbenen narbigen Verengerungen der Scheide aus der Litteratur gesammelt und kommt zu dem Ergebnisse, dass in 80% der Fälle schwere Geburten die Veranlassung der erworbenen Stenosen bilden.

Neben dem Puerperium sind es vorwiegend chronische Entzündungen, besonders die chronische Gonorrhoe, welche zu Atresien und Stenosen der Scheide führen; nach Veit[5] haben wir uns den Vorgang hierbei in der Weise zu erklären, dass durch die an einander liegenden Granulationen die Falten der Scheide ringförmig mit einander verkleben. Ähnliche Verwachsungen entstehen im späteren Alter und können hohe Grade erreichen, ohne besondere Symptome zu machen, in manchen dieser Fälle kann nach Veit auch hier die Infektion des Mannes immerhin eine gewisse Rolle spielen.

In einer stattlichen Anzahl der von Neugebauer gesammelten Fälle sind akute Infektionskrankheiten, wie Cholera, Variola, Typhus, Pneumonie, Diphtherie u. A. als das veranlassende Moment der Scheidenverengerungen und Atresien anzusprechen.

Von anderen Ursachen wären außer Syphilis zu erwähnen gewaltsamer Coïtus oder andere mechanische Insulte, ferner Verbrühungen, die besonders häufig im jugendlichen Alter acquirirt werden, schlechtsitzende, eingewachsene Pessarien, so wie verschiedene operative Eingriffe.

Als letztes ätiologisches Moment — wir sprechen hier selbstverständlich nur von den erworbenen Atresien — bleiben die Ätzmittel, welche einmal in therapeutischer Absicht, das andere Mal Behufs Einleitung von kriminellem Abortus in die Vagina eingeführt werden.

---

[2] Centralblatt für Gynäkologie 1892. No. 28.

[3] Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide. Berlin 1895.

[4] Diss., Kopenhagen, 1896. Ref. Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. VII. 1898.

[5] Handbuch der Gynäkologie Bd. I. 1897.

Im Ganzen und Großen sind solche Fälle nicht häufig; wir finden bei Neugebauer in seiner oben erwähnten umfangreichen Kasuistik nur 9 Beobachtungen der ersteren und 8 der letzteren Art. Seither finden sich in der mir zugänglichen Litteratur nur noch 2 einschlägige Mittheilungen von Poroschin[6] und Piering[7].

Der erste »therapeutisch« erzeugte Fall von Stenose, berichtet von Th. Jefferson White[8] aus dem Jahre 1834, betrifft eine Negersklavin, bei der man während einer Choleraerkrankung 12 Klysmata mit Abkochung von spanischem Pfeffer gemacht hatte, wobei aus Versehen die meisten in die Scheide dirigirt worden waren. Das Resultat war eine hochgradige Scheidenstenose.

Die weiteren hierher gehörigen Fälle sind von Puech[9], Collinet[10], Neugebauer[11], E. Martin[12], Naumack[13], Mangiagalli[14], Veit[15] und Poroschin[16] berichtet und als Ätzmittel besonders Karbolsäurelösungen, Eisenchlorid und 50%iges Chlorzink erwähnt. Der Fall von Mangiagalli ist dadurch bemerkenswerth, dass die Stenose nach Chlorzinkätzung eines Cervixcarcinoms entstanden war. Es war zugleich Gravidität vorhanden und die Geburt wurde mittels Kaiserschnittes nach Porro vollendet.

Noch viel energischere Mittel finden wir bei den auf diese Weise ins Werk gesetzten Fruchtabtreibungsversuchen, welche ich im Nachstehenden nach Neugebauer anführen will.

Die ersten derartigen Berichte, bei denen aber die angewandten Ätzmittel nicht namentlich bezeichnet sind, stammen aus dem vorigen Jahrhundert und betreffen Fälle von Saviard und Chambon[17].

Der 3. Fall, aus dem Jahre 1831, wurde von Lombhard[18] veröffentlicht. Derselbe durchschnitt sub partu eine Scheidenverwachsung; es ergoss sich Blut und Eiter, darauf verletzte er die Harnblase und überließ den weiteren Gang der Dinge der Natur. Uterusruptur, Tod. Es stellte sich nachträglich heraus, dass die Scheidenverwachsung die Folge eines kriminellen Tentamen abortus gewesen war. Man hatte ein halbes Glas voll Schwefelsäure in die Scheide gegossen. Blase und Mastdarm waren total bindegewebig mit einander durch Narbenmassen verschmolzen bis an den Muttermund, also totale Obliteration der Scheide.

Weiter beschreiben Mad. Boivin und Dugès[19] eine sub partu erfolgte tödliche Uterusruptur, die in Folge einer narbigen Scheidenstenose entstanden war,

---

6 Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 40.

7 Archiv für Gynäkologie Bd. LIV. 1897.

8 Citirt nach Neugebauer p. 157.

9 Paris 1864, citirt nach Neugebauer.

10 Thèse de Paris, 1887, citirt nach Neugebauer.

11 l. c.

12 Monatsschrift für Geburtshilfe u. Frauenkrankheiten 1867, citirt nach Neugebauer.

13 Repert. univers. d'obst. et de gyn. 1895, citirt nach Neugebauer.

14 Annali di ostetrica 1890, citirt nach Neugebauer.

15 l. c.

16 l. c.

17 Paris 1702, citirt nach Neugebauer.

18 Gaz. méd. de Paris 1831, citirt nach Neugebauer.

19 Meissner's Frauenzimmerkrankheiten 1842, citirt nach Neugebauer.

bedingt durch eine Eingießung von Schwefelsäure in die Scheide Behufs kriminellen Abortus, der aber nicht erfolgte. 2 Drittel der Scheide waren obliterirt.

Levy[20] berichtet über einen Fall, bei dem im 4. Schwangerschaftsmonate zur Erzielung eines Abortus eine ätzende Flüssigkeit (wahrscheinlich Schwefelsäure) in die Scheide gebracht wurde, wodurch brandige Zerstörung und narbige Verwachsung des Scheidenrohres zu Stande kam. Es musste Sectio caesarea gemacht werden.

Die übrigen Fälle sind neueren Datums. Gallois[21] berichtet über eine Scheidenverwachsung bei einer Fünfggeschwängerten, die 4mal glatt geboren hatte. Die Verwachsung war die Folge eines kriminellen Tentamen abortus durch ätzende Einspritzungen. Nach Durchschneiden der Atresie Kolpeurynter.

Neugebauer[22] selbst bekam einen Fall von Abtreibungsversuch in Beobachtung, wobei sich die im 3. Monate befindliche Gravida ein Glasspeculum in die Scheide eingeführt und Ammoniak in die Scheide eingegossen hatte. Nach 4 Tagen zog Neugebauer den gesammten abgestoßenen Schleimhautsack aus der Vagina heraus und pinselte die granulirende Wunde mit einer schwachen Höllensteinlösung. Die Schwangerschaft erreichte ihr normales Ende; Spontangeburt.

Einen weiteren hierher gehörigen Fall hat Blenck[23] veröffentlicht. Derselbe beschreibt eine nach einem Tentamen abortus durch Eingießen einer Mineralsäure in die Scheide zu Stande gekommene Scheidenverwachsung. Die Schwangerschaft wurde auch in diesem Falle nicht unterbrochen und es wurde später, da eine genügende Erweiterung sub partu nicht gelang, die Perforation des kindlichen Schädels ausgeführt.

Einzig in seiner Art ist der Fall von Piering[24], der in ätiologischer Hinsicht eigentlich nicht hierher gehört; denn es handelt sich hierbei weder um eine in therapeutischer Absicht erfolgte Verätzung der Vagina, noch um einen kriminellen Fruchtabtreibungsversuch, sondern um einen in origineller Weise ausgeführten Selbstmordversuch; es wurden 20 g Oxalsäure in die Scheide gespritzt. Trotz rechtzeitiger Behandlung entstand allmählich eine hochgradige Narbenstenose, die sich später durch unregelmäßige, langdauernde Blutungen bemerkbar machte. Es fand sich eine 4 cm lange, sehr enge Scheide, die blindsackförmig verschlossen war. In Narkose ließ sich eine sondenweite Öffnung des Narbenverschlusses erweitern und das hintere Scheidengewölbe ließ sich wieder herstellen.

Im Anschlusse an diese Fälle will ich im Nachstehenden über einen hierher gehörigen Fall, der in der Klinik von Herrn Prof. Sänger zur Beobachtung kam, des näheren berichten.

Die Thatsache allein, dass es immer noch Leute giebt, welche bei der heut zu Tage leider so hochentwickelten Technik der Fruchtabtreibung einen derartigen Versuch in so sinnloser und plumper Weise ins Werk setzen, wie es in den vorstehenden Fällen und in dem von mir zu berichtenden Falle geschah, würde trotz der relativen Seltenheit die Veröffentlichung kaum rechtfertigen. Doch ist in unserem Falle die Verätzung der Scheide eine besonders hochgradige — es kam hierbei zur Ausstoßung des größten Theiles derselben und eines großen Theiles der Portio — und der Geburtsverlauf

---

20 Bibl. for Laeger 1860, citirt nach Breisky (Handbuch der Frauenkrankheiten Bd. III).

21 Grenoble 1891, citirt nach Neugebauer.

22 l. c.

23 Inaug.-Diss., München, 1893. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895. No. 14.

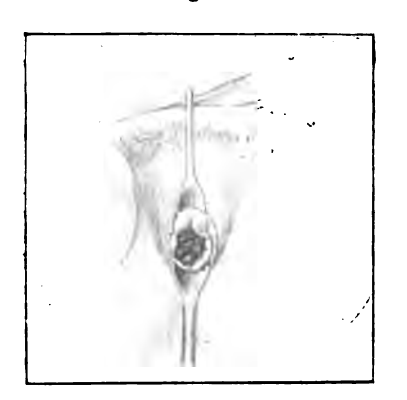
24 l. c.

bietet so mannigfache interessante Momente, dass eine ausführliche Mittheilung desselben angezeigt und berechtigt erscheint.

Es handelt sich um die 17 Jahre alte ledige Fabrikarbeiterin K. J., bei welcher nach ihrer Aufnahme in die gynäkologische Klinik am 21. August 1899 folgende anamnestische Daten erhoben wurden:

Erste Menses im 14. Lebensjahre, 4wöchentlich, regelmäßig, 3tägig, ohne Schmerzen. Letzte Menses Anfang März 1899. Keine Geburt, kein Abortus. Seit 1 Jahre wegen Blutarmuth in ärztlicher Behandlung. Pat. selbst giebt an, sie sei im 5. Monate gravid und habe vor 3 Monaten auf Anrathen einer Frau Wein mit Zimmt und Safran zu sich genommen, um den Abortus herbeizuführen. Vor einigen Tagen habe sie sich selbst heiße Scheidenausspülungen im Bade gemacht und seither bestehen Blutungen aus dem Genitale, begleitet von heftigen Schmerzen. Vorerst war sie zu keiner anderen Angabe zu bewegen, obwohl man ihr vorhielt, dass in diesem Falle auch die äußeren Genitalien und die Innenfläche der Oberschenkel, welche vollständig intakt waren, verbrüht sein müssten. Erst nach längerer Zeit gestand sie, dass ihr von Seiten ihres Liebhabers vor einigen Tagen

Fig. 1.



Scheide und Portio nach der Verätzung, bevor die nekrotische Masse sich abgestoßen.

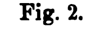


Fig. 2.



Der ausgestoßene Abguss von Scheide und Portio.

nach einem Coïtus eine ätzende Flüssigkeit in die Scheide eingespritzt worden sei, wusste aber nicht anzugeben, was dies für eine Flüssigkeit gewesen sei.

Status: Pat. ist mittelgroß, gracil, schlecht genährt, anämisch, Temperatur 38,8, Puls beschleunigt. Brüste groß, straff, drüsenreich, auf Druck Kolostrum. Abdomen vorgewölbt, Bauchdecken straff, Pigmentation der Linea alba. Äußeres Genitale einer Nullipara, leicht livide Verfärbung der Schleimhaut des Introitus. Starker Fötor aus dem Genitale.

Die Untersuchung mittels Speculums ergiebt, dass die vordere und ein Theil der hinteren Vaginalwand vollständig verätzt und theilweise nekrotisch ist, allenthalben stoßen sich nekrotische, übelriechende Gewebsfetzen ab. Die Portio erscheint zum größten Theile zerstört, der Muttermund, allenthalben von nekrotischen Massen umgeben, klafft, ist für die Fingerkuppe einlegbar (s. Abbildung 1).

An Stelle des Corpus uteri ein bis zum Nabel reichender Tumor von glatter Oberfläche, der der Konsistenz und Größe nach einem graviden Uterus im 6. Monate entspricht. Rechts unterhalb des Nabels sind die kindlichen Herztöne hörbar.

Über den weiteren Verlauf ist zunächst zu berichten:

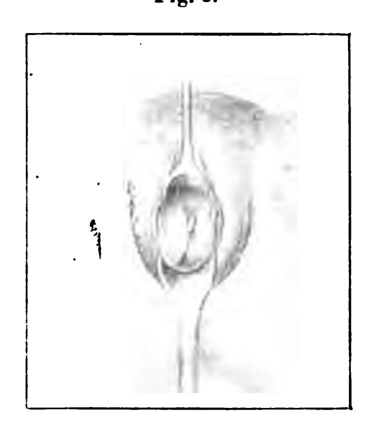
Pat. klagt über große Schmerzen im Unterleibe und fiebert in den nächsten Tagen bis 39°.

Es werden Ausspülungen der Scheide mit 1%iger Lysollösung gemacht, aufs Abdomen ein Eisbeutel aufgelegt. Gegen die Schmerzen leichte Narkotica.

Am 24. August erfolgt die Ausstoßung eines vollständigen Abgusses der Portio und der angrenzenden Vaginalschleimhaut in weitem Umfange (s. Fig. 2). Im Speculum ist bei entsprechender Einstellung durch den Cervicalkanal hindurch der untere Pol der Fruchtblase als feine bläuliche Membran sichtbar. Das abgegangene Schleimhautstück ist offenbar durch irgend eine chemische Einwirkung stark gequollen. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass das Gewebe vollständig abgetödtet ist, die Kernfärbung fehlt gänzlich; einzelne regelmäßig verlaufende Züge sind mit Mühe als Muskulatur zu erkennen.

Die Temperatur geht von da ab stetig herunter, die Schmerzen werden geringer, sistiren nach ungefähr 14 Tagen ganz. Die desinficirenden Ausspülungen werden fortgesetzt und täglich ein Tampon mit Zinksalbe eingelegt.

Fig. 3.



Ansicht der Scheide und des am Eingange in die Cervix befindlichen Granulationsknötchens unmittelbar vor der Entbindung.

Am 30. September wird anlässlich der Transferirung der Pat. in die geburtshilfliche Klinik folgender Befund erhoben: Portio fehlend; anscheinend keine Verengerung der Cervix; Narbengewebe ringsum weich; Schleimhaut der Vagina glatt, aufgelockert, im Fornix dünner, auffallend glatt und glänzend. Keine strahligen, einem tiefen Substanzverluste entsprechende Narben.

Am 31. Oktober Abends erfolgt Abgang von Fruchtwasser in geringer Menge, zugleich treten schwache Wehen auf. Die äußere Untersuchung ergiebt eine 2. Schädellage, der innere Befund: Scheide kurz, Scheidengewölbe namentlich an den Seiten und vorn herabgedrängt durch einen harten Kindestheil. Durch das linke Scheidengewölbe fühlt man in Ausdehnung von etwa 8 cm den verdickten Ureter durch, der sich auf dem vorliegenden Kopfe hin und her rollen lässt. Portio fehlt vollständig, an ihrer Stelle fühlt man eine feine, strahlig umrandete Öffnung, welche die Fingerspitze nicht eindringen lässt, sondern von ihr nur emporgehoben wird. Von diesem sternförmig verengten Muttermunde strahlen feine Narben in das rechte und hintere Scheidengewölbe aus. Die eigentliche Scheide mäßig gelockert, während das Scheidengewölbe und Gebiet des Muttermundes ziemlich derb sich anfühlen. Der vorliegende Kindestheil drängt stark gegen das untere Uterinsegment über dem Scheidengewölbe an. Rechts geht anscheinend die Narbe in das Parametrium hinein.

Im Speculum erkennt man an Stelle der fehlenden Portio nichts als einen kleinen, etwa hanfkorngroßen Granulationspolyp und dahinter eine winzige Öffnung (s. Fig. 3).

Am 1. November früh setzen die Wehen etwas stärker ein, das Fruchtwasser sickert unaufhörlich ab.

6 Uhr Abends. Der äußere Befund ergiebt: Kopf stark nach rechts abgewichen, Steiß links oben im Fundus; Herztöne gut, von gewöhnlicher Frequenz, rechts in Nabelhöhe (Schieflage).

Der innere Befund wie oben.

Es wird Alles zur Sectio caesarea vorbereitet, zuvor jedoch sollen Incisionen der Cervix vorgenommen werden, um zu versuchen, ob die Geburt des vorzeitigen

Kindes nicht doch per vias naturales erfolgen könne und im Falle dies nicht möglich, um genügenden Abfluss für die Lochien zu schaffen.

Operation in Äthernarkose (Prof. Sänger).

Es wird im Doppelspeculum die an Stelle des Muttermundes befindliche, kaum sichtbare Öffnung eingestellt, hierauf mit feinen Häkchen aus einander gehalten und mittels breiter seitlicher Incisionen so weit erweitert, bis ein Finger in den Cervicalkanal eingeführt werden kann. Mittels vorderer und kürzerer hinterer Incisionen wird die Öffnung noch mehr erweitert und sodann mit 2 Fingern eingegangen. Es liegen nur kleine Kindestheile vor. Der rechte Fuß wird herabgeholt und unter vorsichtiger Vertiefung der seitlichen Schnitte, deren Ränder mit Kugelzangen fixirt bleiben, der linke Fuß heruntergezogen und hierauf der Rumpf langsam bis zu den Schultern extrahirt, worauf, da der Durchtritt des Kopfes sich schwierig gestaltet und, um größere Zerreißungen zu vermeiden, der nachfolgende Schädel perforirt und entwickelt wird (Dr. Schenk). Noch ehe die Placenta austritt, werden die Incisionswunden im Speculum mittels Seidennähten sorgfältig vernäht; an einer Stelle an der vorderen Cervicalwand, wo ein tieferer Recessus entstanden war, wurden einige Katgutnähte versenkt. Einlegen eines Jodoformgazestreifens um die Portio. Die Nachgeburt folgt in ca. 30 Minuten. Uterus gut kontrahirt.

Das Kind hatte eine Länge von 38 cm und ein Gewicht (ohne Hirn) von 1850 g.

Das Wochenbett verlief nicht ganz glatt. Am 3. Tage trat eine Temperatursteigerung bis 39,5 auf, Puls 120. Die Temperatur ging am 4. und den folgenden Tagen bis 38,0 und 37,0 herunter und stieg am 9. Tage wieder auf 38,0, sodann auf 39,0 und noch darüber, der Puls war maximal 120. Während dieser Zeit bestand leichte Druckschmerzhaftigkeit des Abdomens, besonders links, seitweise auch spontane heftigere Schmerzen, die auf Applikation von Eisbeutel aufs Abdomen und Darreichung von Opiumtinktur bald nachließen. Zunge blieb stets feucht, Meteorismus war nie vorhanden.

Am 22. Tage sank die Temperatur auf 37,2 und blieb von da ab normal.

Der innere Befund am 12. Tage post partum ergab: Incisionen gut geheilt, keine belegten Stellen. Oberhalb der Stenose eine diffuse Resistenz nach beiden Seiten ohne genauere Abgrenzung nachweisbar. Uterus median, mit dem Fundus mehrere Finger breit über der Symphyse stehend.

Am 21. Tage werden die Nähte entfernt. Es ergiebt sich, dass beide Parametrien mäßig infiltrirt sind, das linke stärker. Uterus noch immer schlecht involvirt, abnorm hoch stehend, unbeweglich. Öffnung in den Uterus sehr eng.

Am 30. Tage verlässt die Pat., nachdem sie seit mehr als einer Woche entfiebert ist, das Bett und am 10. December die Klinik.

Abgangsbefund: Abdomen flach, nicht druckempfindlich. Uterus von außen nicht tastbar. Geringer Ausfluss; die äußeren Genitalien zeigen nur eine kleine Ruptur des Frenulum. Scheideneingang eng, Scheide kurz, Scheidenwände überall glatt. Scheidengewölbe trichterförmig verengt. Muttermundslippen bezw. Portio fehlen vollständig. Man gelangt sofort mit der Spitze des Zeigefingers in einen queren Spalt, umsäumt von höckerigen, festen Rändern. Rings herum fühlt man geringe Verdichtung des parametranen Bindegewebes. Cervicale Öffnung genügend weit. Corpus uteri lässt sich wegen starker Spannung nicht genau abtasten.

Von einer Behandlung der Stenose, bezw. von therapeutischen Eingriffen, welche die Wiederentstehung derselben verhindern sollten, wurde mit Rücksicht auf den parametranen Befund vorläufig abgesehen und die Pat. mit der Weisung entlassen, sich Behufs weiterer therapeutischer Maßnahmen nach 3 Monaten wieder vorzustellen.

Um diesen Punkt gleich vorweg zu nehmen, so wäre zu bemerken, dass eine Behandlung der Stenosen, nach der Geburt per

vias naturales, unerlässlich ist, da sonst eine neuerliche hochgradige Verengerung, besonders der Cervix, unausbleiblich ist; der Zeitraum, innerhalb dessen sich die Striktur wieder bildet, ist verschieden, in einzelnen Fällen soll wenige Tage nach der Geburt der Status quo wieder zu konstatiren gewesen sein. In so fern ist unser Fall, was die weitere Prognose anbelangt, als ein günstigerer zu betrachten, als nach einem Monate die Verengerung noch keineswegs eine hochgradigere war und der neugebildete äußere Muttermund, wie erwähnt, genügend weit war. Es ist beabsichtigt, später die Dilatation des Cervicalkanals mittels Hegar'scher Stifte und Einlegen einer Glaskanüle vorzunehmen.

Es bleibt noch übrig, mit einigen Worten die Wahl der Operation, so wie die Prognose für Mutter und Kind zu berücksichtigen.

Eine jede hochgradige Striktur wird ein schwerwiegendes Geburtshindernis abgeben und es ist die Spontangeburt bei narbigen Atresien der Scheide und der Cervix, wenn wir von den leichteren, öfters beobachteten membranösen Verschlüssen absehen, nahezu unmöglich. Lässt man in einem solchen Falle die Gebärende ohne Kunsthilfe, so entstehen schwere Scheidenzerreißungen und sogar tödliche Uterusrupturen, wie dies mehrfach beobachtet wurde.

Über die Wahl der Operation sind die Ansichten begreiflicherweise verschieden.

Spiegelberg[25] glaubt, dass man in solchen Fällen tiefe, ausgiebige Incisionen in der Regel nicht umgehen kann; wenn trotz derselben Weiterreißen der Scheide oder zu lange und gefährliche Geburtsverzögerung zu erwarten ist, so muss man die Frucht verkleinern. Aber auch dieses Verfahren reiche bisweilen nicht aus und dann müsse der Kaiserschnitt gemacht werden. Er hält diesen überall da für indicirt, wo aus der Lage der Verhältnisse von vorn herein weite Zertrümmerung der Scheide und ihrer Nachbarschaft zu erwarten ist, da die Extraktion auch eines verkleinerten Schädels durch den engen, zerschnittenen und zertrümmerten Kanal für die Mutter höchst verhängnisvoll sei. Kann nicht für genügenden Lochialabfluss gesorgt werden, dann ist nach Spiegelberg der Porro'sche Kaiserschnitt am Platze.

Wachs[26] spricht sich anlässlich der Beschreibung eines einschlägigen Falles gegen die Vornahme der Sectio caesarea aus, obwohl er sich der Gefahren der tiefen Incisionen bewusst ist.

Benicke[27] hält Fälle von ausgedehnter narbiger Stenose der Weichtheile, bei denen dieselbe durch kräftige Wehenthätigkeit nicht überwunden werden kann und bei denen eine dilatirende Behandlung während der Schwangerschaft nicht eingeleitet worden war,

---

[25] Lehrbuch der Geburtshilfe 3. Auflage.
[26] Monatsschrift für Geburtshilfe Bd. XXX, citirt nach Benicke.
[27] Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. II. 1878.

für durchaus passend zur Vornahme des Kaiserschnittes, als der schonendsten Operation für Mutter und Kind.

Breisky[28] sieht in den während der Gravidität zu Stande gekommenen und eine bedeutende Breite darbietenden Atresien ein unüberwindliches Hindernis für die spontane Geburt oder selbst für künstliche Entbindung auf natürlichem Wege und räth in solchen Fällen zur Porro-Operation, weil die Erhaltung der Mutter durch die Behinderung des freien Lochialabflusses im höchsten Grade gefährdet ist.

Im Gegensatze hierzu glaubt Kessler[29], jedoch unter ausdrücklicher Betonung der Nothwendigkeit, zu individualisiren, dass bei Scheidenatresie als konservative, die Geschlechtsfunktion nicht alterirende Entbindungsweise im Allgemeinen nur die vaginale Methode nach Excision der Narben zu empfehlen sei, wobei er jede tiefere Zertrümmerung und Nebenverletzung, so wie stärkere Blutung vermieden wissen will.

Gegen die Porro-Operation führt er die in diesen Fällen stets erhöhte technische Schwierigkeit dieser Operation und die nicht zu rechtfertigende Verstümmelung an; ferner werde durch Wegnahme der inneren Genitalien der Zweck, die Lochien zu beseitigen, nicht immer erreicht, da auch aus dem Stumpfe Sekretion erfolge.

Diesen Ausführungen tritt Weydlich[30] entgegen und schlägt vor, in solchen Fällen zunächst für genügenden Lochialabfluss zu sorgen und dann den konservativen Kaiserschnitt auszuführen. Wenn dies nicht möglich sei, ist die Porro'sche Operation auszuführen.

Wenn wir den Verlauf der Geburt in unserem Falle in Betracht ziehen, so müssen wir uns sagen, dass die Entwicklung des Kindes auf natürlichem Wege nur dem Umstande zu verdanken war, dass dasselbe vorzeitig und noch unentwickelt war und dass auch die Dehnung der Narben nach vorherigen Incisionen verhältnismäßig gut von statten ging. Bei ausgetragenem Kinde hätte die Sectio gemacht werden müssen und auch bei nicht ausgetragenem dann, wenn man bei der Extraktion auf größere Schwierigkeiten gestoßen wäre.

Bei hochgradigen Stenosen mit starren, unnachgiebigen Narben und ausgetragenem Kinde werden in der Regel weder tiefe Incisionen, noch die Verkleinerung der Frucht zum Ziele führen. Es wird dann in den meisten Fällen möglich sein, den konservativen Kaiserschnitt auszuführen und den Abfluss der Lochien durch Dehnung von oben her, so wie durch Drainage (Glasrohr, dickes Gummirohr) zu sichern.

Doch lassen sich hierbei trotzdem keine bestimmten Vorschriften festsetzen und es wird wohl hier dem Arzte der weiteste Spielraum für sein operatives Eingreifen gelassen werden müssen.

---

28 Billroth-Luecke, Handbuch der Frauenkrankheiten Bd. III. 2. Aufl.
29 Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 29.
30 Prager Zeitschrift für Heilkunde Bd. IX. Hft. 2.

Unter den 303 von Neugebauer zusammengestellten, sub partu beobachteten Fällen, wobei auch solche mit inbegriffen sind, bei denen keine hochgradige Verengerung vorhanden war, wurde 58mal die Sectio caesarea, darunter 23mal nach Porro, ausgeführt, in den übrigen 245 Fällen erfolgte die Entbindung per vias naturales, wobei in den meisten Fällen tiefe Incisionen, häufig Extraktion mit Zange, Perforation des Schädels oder Embryotomie vorgenommen wurden.

Aus diesen Zahlen ist zu ersehen, dass bei Leitung einer Geburt bei Scheidenatresie von einem einheitlichen Vorgehen nicht die Rede sein kann.

Bezüglich der Prognose für Mutter und Kind bei Sectio und Geburtsverlauf auf natürlichem Wege ist die Kasuistik von Neugebauer nicht ohne Weiteres zu verwerthen, da viele Fälle aus der vorantiseptischen Zeit und der Zeit der insufficienten Uterusnaht stammen. So viel ist jedoch sicher, dass bei sorgfältiger Beobachtung und zweckmäßig geleiteter Geburt die Prognose für Mutter und Kind nicht ungünstig zu sein braucht; mehr als bei anderen geburtshilflichen Eingriffen wird der Erfolg hierbei von der genauen Beobachtung und der manuellen Geschicklichkeit des Geburtshelfers abhängen.

II. Ein neues Verfahren für die Operation der tiefen Blasen-Uterus-Scheidenfisteln.

Von

Dr. N. Bardescu,

Chirurg des Brâncoveanu-Krankenhauses zu Bukarest.

Als tiefe Blasen-Uterus-Scheidenfisteln sind jene Abart von Blasenfisteln bekannt, die durch eine mehr oder weniger ausgedehnte Zerstörung der Blase, des vorderen Scheidengrundes und der vorderen Cervixlippe entstehen, so dass diese Höhlen in unmittelbarer Verbindung sind. In Folge ihrer Lage, tief in der Scheide, und namentlich in Folge der eigenthümlichen Struktur der dabei betheiligten Organe boten diese Fisteln verschiedene operative Schwierigkeiten. Ursprünglich konnten sie nicht anders als mittels uteriner Autoplastik durch die Scheide operirt werden, sehr selten mittels Anfrischung und unmittelbarer Naht der Fistelränder nach amerikanischer Methode.

Diese Verfahren blieben im klassischen Gebrauche, obwohl sie sowohl vom Standpunkte der leichten Ausführung wie der funktionellen Folgen viel zu wünschen übrig lassen. Allein für solche schwer zu reparirende Läsionen, wo die Wiederholung verschiedener Verfahren uns manchmal zu einem vollständigen Verschlusse der Scheide führt, müssen wir eine gute Technik und ein Verfahren besitzen, das mit gleichem Erfolge in allen Fällen angewendet werden könnte.

Im Juni 1898[1] wendete ich in einem Falle ein neues Verfahren an, das von sofortiger Heilung gefolgt war. Dieses Verfahren habe ich seit damals noch in anderen 2 Fällen mit gleichem Erfolge angewendet. Dieses Resultat bewog mich, die Umstände, unter denen sich die betreffenden Pat. vorstellten, und das angewandte operative Verfahren zu schildern. Aus der folgenden Beschreibung ist zu ersehen, dass das Verfahren von allen anderen Verfahren abweicht, indem es die Substanzverluste eines jeden Organes besonders ersetzt, ohne ihre Funktionen oder ihre Beziehungen zu stören. Vorerst will ich aber in wenigen Worten die bis jetzt bei den tiefen Blasen-Uterus-Scheidenfisteln angewendeten Verfahren und ihre Erfolge schildern.

Jobert de Lamballe beschrieb 1852[2] zum ersten Male die Blasen-Uterus-Scheidenfisteln und theilte sie, je nach dem Zerstörungsgrade der vorderen Cervixlippe, in oberflächliche und tiefe ein; er war der Erste, der den Vorschlag machte, die tiefen Fisteln mittels der hinteren Cervixlippe zu verschließen, die angefrischt und an die Blasen-Scheidenwand angenäht wird, so dass das Menstrualblut durch die Blase abfließe. Dieses Verfahren, das von Pozzi[3] Hysterokleisis vesicalis genannt wird, ist das älteste, das bei tiefen Blasen-Uterus-Scheidenfisteln angewendet worden ist. Es ist von allen Autoren gekannt und beschrieben, nur dass im Laufe der Zeit die Vaterschaft Jobert's vergessen wurde, während es von verschiedenen Autoren Courty[4] zugeschrieben wird. Trotzdem ist das Verfahren sowohl in Jobert's Monographie wie auch in der französischen Übersetzung des Churchill'schen[5] Lehrbuches, wo es als Jobert's Verfahren geschildert und abgebildet wurde, bekannt und beschrieben.

Untersucht man die klassisch gebliebene Operation Jobert's, so ist es unschwer, die Unzulänglichkeiten ihrer Ausführung und ihrer Erfolge zu erkennen. Das Verfahren ist nicht in allen Fällen indicirt, so z. B. dort, wo große Zerstörungen vorhanden sind, oder dort, wo auch die hintere Lippe zerstört ist; vom funktionellen Standpunkte entspricht das Verfahren einer Hystero- oder Kolpokleisis, so dass jede vaginale Funktion des Uterus aufgehoben wird und die Frauen zur Unfruchtbarkeit verurtheilt sind. Was nun die entfernteren Folgen anbetrifft, so könnte die Vereinigung der Blase mit dem Uterus nicht lange bestehen, ohne dass eines dieser Organe in Folge der wechselseitigen Wirkung ihrer Produkte erkranke. Aus der Blase würde das Leiden aufsteigend sich dem Ureter und der Niere zuwenden, aus dem Uterus der Tube und dem Beckenperitoneum.

---

[1] S. die rumänische medicinische Revue »Spitalul« vom September 1898. p. 448.
[2] Traité des fistules vesico-utérines, vesico-utéro-vaginales etc. Paris 1852.
[3] Traité de gynécologie. Paris 1897. p. 1036.
[4] Traité pratique des maladies de l'utérus 1870. p. 1219.
[5] Traité pratique des maladies de femmes. Trad. franç. V. édit. 1866. p. 898.

*

Daraus entständen Komplikationen, die für die Kranken eine fortwährende Quelle von Leiden wären.

Ein viel ernsterer Zufall, der glücklicherweise nur selten eintreten dürfte, würde sich dann ereignen, wenn eine solche Pat. koncipiren würde. Es ist zwar sehr schwer anzunehmen, allein ein Fall ist doch bekannt, der Fall Deroubaix's[6], wo eine derartig operirte Frau schwanger blieb, im 3. oder 4. Monate abortirte und »der Fötus, anstatt durch die Scheide befördert zu werden, in die Blase gerieth und einer seiner Arme durch den Urethralkanal zum Vorschein kam«. Es ist wohl nicht nöthig, auf den Modus, wie Konception zu Stande kam, einzugehen, denn wie auch die Erklärung ausfiele, die Thatsache steht fest und bietet ein Beispiel für mögliche, aber unvorhergesehene Zufälle.

Vor einigen Jahren empfahl Freund[7] ein neues Verfahren, bei dem Uterussubstanz als plastisches Material verwendet wird; nur wird dadurch die Jobert'sche Operation nicht verbessert. Freund öffnet den hinteren Scheidengrund und den Douglas'schen Raum, fasst den Fundus und dreht den Uterus in der Scheide um, so dass seine hintere Fläche nach vorn kommt, während der Fundus der Vulva zugekehrt ist. Die hintere, jetzt vordere Fläche des Uterus wird angefrischt; an diese Fläche werden die angefrischten Fistelränder angenäht. Für den Scheidenabfluss des Menstrualblutes wird im Fundus mittels Excision eines konischen Stückes ein neues Orificium gebildet.

Allein das Verfahren eignet sich nur in jenen Fällen, wo die Cervix zerstört und das Orificium verwachsen ist. Für die anderen Fälle müssten erst die Reste der Cervix abgetragen werden, darauf der Verschluss mittels Anfrischen des Cervicalkanales. Es ist ersichtlich, dass dieses Verfahren außer den technischen Schwierigkeiten besondere Umstände erfordert, so dass es nur beschränkt indicirt sein kann.

Die technischen Schwierigkeiten der Verfahren mittels uteriner Autoplastik bewogen Hegar, anzurathen, vor ihrer Anwendung den Versuch zu machen, nach amerikanischem Vorgange die Fistelränder des Stumpfes der vorderen Cervixlippe anzufrischen und zu nähen. Hegar hat so einen Fall geheilt, was aber Pozzi[8] zu der Behauptung veranlasst, dass es »eine glückliche Ausnahme und ein schwer nachzuahmendes Beispiel sei«, da er der Ansicht ist, dass diese Anfrischung, wegen der Nähe des Peritoneums, das leicht verletzt werden könnte, nicht ungefährlich sei. Wenn nicht noch andere Gründe vorhanden wären, so würden Hegar's Rathschläge unbeachtet bleiben, da wir vor einer Verletzung des Peritoneums nicht mehr zurückschrecken, allein das Verfahren ist nicht für alle Fälle geeignet. In

---

[6] Traité des fistules uro-génitales de la femme 1870. p. 752.

[7] Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 118. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1895.

[8] l. c. p. 1036.

erster Reihe ist eine direkte totale Vereinigung zweier so verschiedener Gewebe, wie es nun einmal Uterus und Blasen-Scheidenwand, nur sehr schwer nach dem ersten Eingriffe zu erzielen, dann aber kann die Vorderlippe so zerstört sein, dass sie überhaupt nicht mehr angefrischt werden könnte. Es bleibt also nur übrig, dieses Verfahren nur in einer bestimmten Anzahl von Fällen anzuwenden.

Es ist aus dieser Schilderung ersichtlich, dass sowohl die uterine Autoplastik, wie auch die Anfrischung und die direkte Naht, für den Verschluss der tiefen Blasen-Uterus-Scheidenfisteln von der Scheide aus nicht geeignet sind. Keines der bekannten Verfahren kann mit gleicher Erfolgsicherheit in allen Fällen angewendet werden.

Dieses bewog mehrere Chirurgen, den suprapubischen Weg vorzuschlagen, der mit Erfolg bei den Blasen-Uterusfisteln angewendet worden ist. Ich bin der Ansicht, dass die auf suprapubischem Wege ausgeführten Verfahren — so das transvesikale Verfahren Trendelenburg's[9], das extravesikale und subperitoneale Verfahren Bardenheuer's[10], so wie das intraperitoneale Verfahren Dittel's[11] in der Behandlung dieser Fisteln nicht verallgemeinert werden dürfen; sie wären nur dann anzuwenden, wenn ein leichter Zutritt durch die Scheide nicht möglich ist, entsprechend den Indikationen, die von Pousson[12] aufgestellt worden sind. Dort aber, wo ein Zutritt durch die Scheide möglich ist, ist es viel rathsamer, diesen Weg einzuschlagen, namentlich wenn ein Verfahren angewendet werden kann, das einen raschen und vollständigen Erfolg verbürgt.

Von diesem Standpunkte ausgehend, werde ich das Verfahren schildern, das ich in 3 Fällen tiefer, enormer Blasen-Uterus-Scheidenfisteln, alle post partum, angewendet habe. In allen Fällen waren Blase, vorderer Scheidengrund und die vordere Cervixlippe betheiligt, so dass diese Höhlen in bedeutender Ausdehnung mit einander verbunden waren. Nach der Art der Wiederherstellung dieser Höhlen mittels Naht nannte ich dieses Verfahren im Krankenhause kombinirte Cysto-Kolpo-Köliorrhaphie, nach den Theilen, die an der Reparation der Läsionen theilnehmen. Im Folgenden will ich die 3 Krankheitsfälle schildern, darauf die Technik des Verfahrens, woraus ersichtlich sein wird, dass das Verfahren sich von den anderen zum Verschlusse dieser Abart von Fisteln vorgeschlagenen Operationen unterscheidet.

I. Fall. Anna S. M., 27jährige Bauersfrau, aufgenommen am 4. Juni 1898. Vor 6 Wochen von einem todten Kinde entbunden; der Arm lag vor. Nach 36stündigem Kreißen ist das Kind mittels Zange nach außen befördert worden (Philanthropie-Krankenhaus in Craiova). Gleich nach der Entbindung fühlte sie Harnabgang durch die Scheide. Die äußeren Geschlechtsorgane stark geröthet, die

---

[9] Sammlung klinischer Vorträge No. 355, Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1890.

[10] Centralblatt für Gynäkologie 1892. p. 95.

[11] Wiener klin. Wochenschrift 1893. p. 449.

[12] Congrès français de chirurgie. Lyon 1894. p. 117.

Scheidenschleimhaut entzündet und an einigen Stellen exulcerirt. An der vorderen Scheidenwand eine enorme Zerstörung, wodurch eine breite Kommunikation zwischen Blase, Cervical- und Scheidenkanal stattfindet. Die Blasenschleimhaut ist in diesem Orificium vorgefallen. Die Fistel ist ovulär, die Ränder unregelmäßig und vernarbt, sie umgreift die vordere Scheidenwand und die vordere Cervixlippe, so dass der Harn fortwährend die Cervix befeuchtet und sich mit dem schleimig-eitrigen Gebärmutterflusse vermischt. Die Fistel beginnt 6 cm von der Urethralmündung, der große Längsdurchmesser misst 7 cm, während der Breitendurchmesser bequem 2 Finger in die Harnblase eindringen lässt. Der Uterus ist leicht anteflektirt und ziemlich beweglich. Bis zur Operation ist die Entzündung zurückgegangen; die Behandlung bestand in täglichen Borsäureausspülungen und Anwendung einer Vaselinsalbe mit Borsäure und Wismuthsubnitrat â $\frac{1}{10}$. Operation am 11. Juni. Äthernarkose. Rücken-Kreuzlage mit erhöhtem Becken mittels Flexion der Oberschenkel. Operation nach dem geschilderten Verfahren. Nach der Präparation sieht man, dass der Uterusriss sich medianwärts bis zur Scheideninsertion hinzieht. Da der Blasenriss zu tiefgehend war, konnte die submuköse Beutelnaht nur an der vorderen Hälfte gemacht werden, während an der anderen Seite eine unterbrochene, ebenfalls submuköse Naht angewendet werden konnte. Nach Beendigung der Blasennaht werden in die Blase 100 g einer Borsäurelösung eingegossen, die an keiner Stelle herausfließt. Nach der Operation wird aus der Blase mittels Katheters der während der Operation angesammelte Urin, eine leicht blutige Flüssigkeit, entleert. Nélaton-Dauerkatheter. Die Vagina wird mit Jodoformgaze tamponirt. Pat. behält die Rückenlage mit flektirten Oberschenkeln. Die Operation bot keine Schwierigkeiten, der Verlauf post operationem war glatt. Täglich Blasenausspülung mit 4%iger Borsäurelösung unter geringem Drucke. Die Flüssigkeit bleibt in der Blase. Der Scheidenverband wird jeden 2. Tag gewechselt. Am 20. Juni werden die den Uterus fixirenden Setolinfäden so wie aus der Wunde die nicht resorbirten Katgutfäden entfernt. Die Wunde ist in ihrer ganzen Ausdehnung per primam geheilt. Es wird ein anderer Katheter eingelegt. Während dieses Zeitabschnittes wird nicht die geringste örtliche oder allgemeine Störung beobachtet. Temperatur und Puls zeigen normale Schwankungen. Die Pat. hat dauernde Rückenlage recht gut ertragen. Am 23. Juni wird der Dauerkatheter entfernt und alle 3 Stunden katheterisirt. In horizontaler Lage wird der Harn recht gut zurückbehalten; bewegt sich die Kranke bei voller Blase, so werden einige Tropfen unwillkürlich abgelassen. Am 24. Juni verlässt Pat. das Bett und harnt spontan. Am 27. Juni stellen wir fest, dass die Blase im Stande ist, sich auszudehnen und bei schwachem Drucke 250 ccm zu fassen. Die Untersuchung mit dem Metallkatheter lässt uns an der unteren Blasenwand eine vom Uterusfundus, der an die vordere Scheidenwand fixirt wurde, veranlasste Erhöhung wahrnehmen. Am 3. Juli wird die Pat. vollständig geheilt entlassen. Die Harnblase behält den Urin. Die Harnentleerung geschieht normal 4—5mal im Laufe des Tages und 1mal in der Nacht.

II. Fall. Stana I. P., 30jährige Arbeiterin, aufgenommen am 12. Oktober 1898. 6 normale Entbindungen ausgetragener Kinder. Die 7. Entbindung nach 9monatlicher Schwangerschaft vor 7 Wochen. Schädellage. Nach 3tägigem Kreißen ist sie mittels Zange im Krankenhause zu Hrziceni entbunden worden. Frucht todt extrahirt. Gleich nach der Entbindung bemerkt Pat. Harnabgang aus der Scheide. Die äußeren Genitalorgane stark entzündet. Am Grunde der Scheide stagnirt eine kleine Menge Harn. Daselbst bemerkt man eine bedeutende Zerstörung, die sich nach vorn und seitlich nach rechts ausdehnt und fast die ganze vordere Cervixlippe einschließt. Die Fistel ist ovulär, mit unregelmäßigen Rändern, und vernarbt, 8 cm lang, 6 cm von der Urethralmündung. Durch die Fistel dringen wir mit 2 Fingern in die Blase. Die Blasenschleimhaut verstopft die Öffnung, während die Fistelränder an den Scheidenwänden adhärent sind, so dass die Cervix nach oben gezerrt wird und durch die Fistel in die Blase prominirt. Aus dem Uterus entleert sich eine schleimig-eitrige Sekretion; die Ränder des Uterusrisses sind entzündet und ulcerirt. Bis zur Operation wird täglich die Operationsgegend

vorbereitet, so dass die Entzündung zurückgeht. Operation am 21. Oktober. Äthernarkose. Kombinirte Cysto-Kolpo-Köliorrhaphie. Nach der Präparation des Uterus sieht man, dass die Zerstörung der vorderen Lippe sich auch auf den Uterus ausdehnt; es konnte aber dieser Substanzverlust mit Leichtigkeit gedeckt werden. Nach Beendigung der Operation wird die Blase katheterisirt; es werden ca. 40 g blutigen, während der Operation angesammelten Harnes entleert. Blasenspülung mit Borsäurelösung. Nélaton-Dauerkatheter, Scheidentamponade mit Jodoformgaze. Die Blase wird Morgens und Abends mit Borsäurelösung gewaschen; die Flüssigkeit wird gut zurückbehalten. Die Scheide wird jeden 2. Tag frisch tamponirt. Die Pat. bewahrt die Rückenlage, die unteren Extremitäten flektirt. Das Befinden der Pat. ist am 22. Oktober gut. Am 23. Oktober Erbrechen. Puls 96, Temperatur 37,8. Der Leib ist nicht aufgetrieben und auch nicht schmerzhaft. Pot. Riveri 120,0 mit 0,1 Cocain muriat. Am 24. Oktober Erbrechen galliger Massen. Meteorismus. Aussehen verändert. Singultus. Verstopfung. Temperatur 38,6, Puls 100. Pot. Riveri wie gestern und subkutane Injektion einer Salzlösung. Am 25. Oktober derselbe Zustand. Die Wunde heilt gut. Temperatur 28, Puls 98. Salines Abführmittel von gutem Erfolge begleitet. Salzlösung in das Zellgewebe injicirt. Am 26. Oktober bedeutende Besserung. Brechneigung verringert. Meteorismus nicht mehr vorhanden. Reichlicher Stuhl. Der Verweilkatheter wird entfernt und alle 3 Stunden katheterisirt. Temperatur 37,8, Puls 73. Am 27. und am 28. befindet sich Pat. recht wohl. Temperatur 37. Es wird alle 5 Stunden katheterisirt. Am 29. Oktober befindet sich Pat. noch immer in Rückenlage. Es wird spontanes Harnen gestattet. Am 3. November werden die Nähte entfernt. Die Wunde ist in ihrer ganzen Ausdehnung per primam geheilt. Am 7. November fasst die Blase bei geringem Drucke 300 ccm. Der Harn wird von der Blase gut zurückbehalten. Die Pat. verlässt das Bett. Am 12. November wird Pat. vollständig geheilt entlassen. Seitdem habe ich die Pat. wiedergesehen; ihr Befinden lässt nichts zu wünschen übrig.

III. Fall. Maria N. P., 24jährige Hausfrau, aufgenommen am 17. November 1898. 5 normale Entbindungen todter Früchte. Die 6. Entbindung vor 6 Wochen, im 8. Schwangerschaftsmonate; die Entbindung soll äußerst schmerzhaft gewesen sein und die Ausstoßungsperiode eine ganze Nacht gedauert haben. Das todte Kind bot die Armeinstellung und ist ohne künstliche Hilfe entbunden worden. Gleich nach der Entbindung wird die Fistel festgestellt; der Harn fließt aus der Scheide. Vulva und Scheide entzündet und exkoriirt; die Schleimhaut ödematös. Der vordere Scheidengrund ist zerstört; der Substanzverlust gestattet das bequeme Einführen zweier Finger. Die Fistel ist 8 cm groß und 6 cm von der Harnmündung entfernt. Sie umfasst den vorderen Scheidengrund, einen Theil seitlich rechts und die ganze vordere Cervixlippe. Die Ränder der Fistel sind verhärtet, vernarbt und nach innen gewendet; die Fistelöffnung wird von der oberen Blasenwand verstopft. An der Grenze zwischen Uterus und Blase ist die Kontinuitätstrennung vernarbt. Die Blase ist leer und der Harn fließt fortwährend aus der Scheide. Die Cervix scheint retrahirt zu sein, während die Cervixschleimhaut von Fungositäten bedeckt ist. Bis zur Operation werden die Entzündungserscheinungen behandelt. Operation am 13. December 1898. Äthernarkose. Kombinirte Cysto-Kolpo-Köliorrhaphie wie bei den früheren Fällen. Während der Lösung der Blase von dem Uterus wird der vordere Scheidengrund des Peritoneums geöffnet in Folge der Versuche, die vordere Seite des Uterus frei zu machen. Das Peritoneum war ganz nahe der Fistel. Um die Peritonealhöhle vor einer Verunreinigung mit dem abfließenden Harne zu verhüten, ist die Peritonealöffnung mit Jodoformgaze tamponirt worden. Da das Peritoneum nun einmal geöffnet war, konnte der Uterus nach unten gezogen werden, während die vesikalen Ränder der Fistel bis zur Vulva heruntergeholt wurden. Nach der Präparation des Peritoneums konnte festgestellt werden, dass der Cervixriss einen großen Theil der rechten Seite und des Uterus einnahm; weiterhin ist festgestellt worden, dass die rechte Lippe des Cervixrisses eine kleine Arterie enthielt, die leicht beim Nähen hätte verwundet werden können. Ich versuchte desshalb beim Anlegen, des oberen

Fadens die Cervix wieder herzustellen, die Nadel unterhalb dieser Arterie einzustechen, um sie so mit dem Faden zu umfassen. Von diesen Eigenthümlichkeiten abgesehen, ist die Operation ohne Zwischenfall ausgeführt worden. Verweilkatheter, Pessar und Scheidentamponade. Die Pat. bleibt in linker Seitenlage mit flektirten Beinen; nach ihrer Behauptung wäre es ihr so bequemer. Tägliche Blasenspülungen, jeden 2. Tag frische Scheidentamponade. Keine örtliche oder allgemeine Störung. Die Temperatur schwankt zwischen 36,9—37,9. Am 18. December unbedeutende Harnverhaltung in Folge Verstopfung des Katheters, was aber den Wundverlauf nicht stört. Temperatur 37,2—37,5. Keine Stuhlentleerung seit der Operation. Der Katheter wird mittels Borsäurelösung in längeren Spülungen wieder frei gemacht. Purgans. Am 19. Abends ist der Katheter wieder verstopft; er wird in Folge dessen entfernt und alle 3 Stunden katheterisirt. Am 20. harnt die Kranke spontan. Der Katheter wird nur noch für die Waschungen eingeführt. Am 23. werden alle Fäden entfernt. Die Wunde ist per primam geheilt. Pat. kann den Harn 3—4 Stunden zurückbehalten. Die Blase fasst 245 ccm bei geringem Drucke. Kein unfreiwilliger Harnabgang. Wenn die Blase voll ist und nicht entleert wird, empfindet Pat. ein gewisses Unbehagen. Pat. harnt seltener, wenn sie im Bette bleibt. Während der Nacht muss sie 2mal uriniren. Pat. wird am 27. December vollständig geheilt entlassen.

In allen diesen 3 Fisteln konnten wir dasselbe Wiederherstellungsverfahren mit geringen Abweichungen, je nach den Erfordernissen, anwenden. Das beweist, dass die Cysto-Kolpo-Köliorrhaphie in fast allen Fällen von tiefen Blasen-Uterus-Scheidenfisteln Nutzen bringen kann und anzuwenden ist in Fällen, wo bisher mit gleichem Erfolge weder Jobert's Autoplastik mit Uterussubstanz, noch Hegar's Anfrischung mit direkter Naht hat angewendet werden können.

Wir werden nun versuchen, die operative Technik des Verfahrens zu schildern so wie es in den obigen Fällen angewendet worden ist.

Eine allgemeine Indikation ist, dass es vorzuziehen ist, die Operation gleich nach Beendigung des Wochenbettes zu vollziehen, 6—8 Wochen nach Hegar's Angabe, zu einer Zeit, wo die Fistelränder von den Resten der Mortifikation gereinigt sind und die Sicherheit bieten, wieder vereinigt zu werden; später sind die Verhältnisse anders, die Ränder sind von Narben bedeckt, weniger gefäßreich und schwerer beweglich zu machen.

Vor der Operation muss die Operationsgegend einige Zeit vorbereitet werden. Die Theile werden täglich mit Borsäurelösungen gewaschen; gegen die Entzündung wird die 10%ige Wismuth-Subnitrat- und Borsäure-Salbe (Vaselin) āā angewendet.

Die Operation wird in Narkose vollzogen; der Äther ist vorzuziehen, da er längeres Operiren gestattet, ohne eine zu große Depression zusückzulassen. Die Kranke nimmt die von Simon angegebene dorso-sacrale Lage ein, wobei das Becken durch starke Flexion der Oberschenkel erhöht wird. In dieser Lage sind die Bauchwände nicht gespannt, während die Fistel besser sichtbar ist, indem die vordere Scheidenwand stärker ausgedehnt wird.

Operationstechnik. Das Princip des Verfahrens entspringt eben aus den anatomischen Verhältnissen, die diese Fistelabart bilden,

wo die Organzerstörung eine direkte Verbindung zwischen Blase, Uterus und Scheide herstellt. Alle diese Organe werden von einander frei und beweglich gemacht, um nachher jede Höhle wieder herstellen zu können. Auf diese Weise wird eine wirkliche Präparation der Region vorgenommen, um Oberflächen zu bilden und in Berührung zu bringen, die dann auf größeren Flächen angefrischt eine bessere Vereinigung verbürgen.

Die Operation besteht also aus der Befreiung und Behandlung des Uterus, Befreiung und Obliteration der Blase, Wiederherstellung des vorderen Scheidengrundes. Alle diese Theile bilden die 4 Zeitabschnitte der Operation.

1) Befreiung und Behandlung des Uterus. Nachdem alle antiseptischen Maßregeln ergriffen worden sind, wird die untere Scheidenwand mittels Speculums angezogen und die Scheide von allen Narbenverwachsungen gereinigt. Die Fistel wird bloßgelegt und sichtbar gemacht. Besteht ein Scheidenverschluss, so wird mittels ein- oder beiderseitiger Spaltung die Fistel vorerst zugänglich gemacht.

Ist die Scheide offen, so werden die Reste der Cervix mit der Muzeuxzange gefasst und so viel wie möglich nach unten gezogen. An beiden Seiten der Fistel, dem seitlichen Scheidengrunde zu, wird je ein Einschnitt der Vaginalwand auf die Cervix gemacht, wie aus Fig. 1 (p. 178) ersichtlich ist, um die vordere Uterusfläche mit größerer Leichtigkeit frei zu machen. Mittels dieses Einschnittes wird mit Finger oder Schere die Blase vom Uterus bis zum vorderen Peritoneum losgelöst, wo mit der Präparation des Uterus aufgehört wird.

Es ist wünschenswerth, dass die Peritonealhöle nicht schon jetzt geöffnet wird, um sie vor einer Berührung mit dem fortwährend abfließenden Harne zu schützen. Allein das ist nicht immer möglich, namentlich dann nicht, wenn die Uteruszerstörung sehr ausgedehnt ist und der vordere Peritonealsack zu sehr nach unten gestiegen ist. In einem unserer Fälle ist das Peritoneum schon zu Beginn unzeitig eröffnet worden, so dass das Peritoneum mittels sofortiger Jodoformgazetamponade vor der Berührung des Harnes geschützt werden musste; nur hatten wir in diesem einen Vortheil, der Uterus konnte beweglich und stark nach unten gezogen werden, so dass die Blasenfistel bis zur Vulva gebracht werden konnte, was das Anlegen der Naht erleichterte. Allein diese Beweglichmachung der Organe kann auch ohne Eröffnung des Peritoneums erzielt werden, wenn nur die nöthige Vorsicht bei der Präparation des Uterus, die sehr weit möglich ist, nicht außer Acht gelassen ist.

Nachdem die Loslösung und Präparation des Uterus beendet ist, schreiten wir zur Behandlung seiner Läsionen. Mit scharfer Curette werden Uterushöhle und Cervicalkanal gereinigt und mit 3%iger Karbolsäure abgerieben. Nachher werden die Ränder des Uterus-

risses angefrischt, dieselben einander genähert und mittels unterbrochener Katgutnaht mit einander vereinigt, und zwar so, indem der Faden oberhalb der Mucosa des Cervicalkanales und nur in den muskulösen Theil eingeführt wird, so dass der Faden verdeckt und außerhalb der Uterushöhle bleibt. Es genügen 2—3 Nähte, um die Cervix vollständig und gut wieder herzustellen.

Die Wiederherstellung der Cervix ist aber nicht in allen Fällen möglich. Ist die Zerstörung sehr ausgedehnt, so ziehen wir es vor, die übrig gebliebenen Cervixreste abzutragen und die Uteruswunde wie eine jede Amputationswunde zu behandeln.

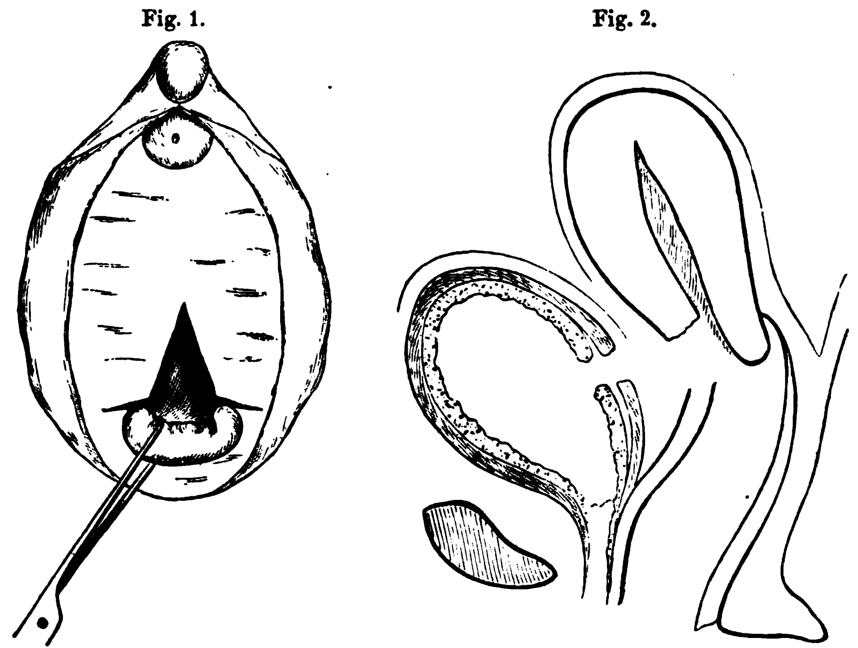


Fig. 1.

Substanzverlust an Scheide und Gebärmutter. Die Cervix ist nach unten gezogen, an beiden Seiten bemerkt man die an der Scheide gemachten Einschnitte.

Fig. 2.

Präparation der Organe: Zerlegung der Blasen-Scheidenwand und Eröffnung der Peritonealhöhle.

2) Spaltung der Blasen-Scheidenwand und Obliteration des Blasenrisses. Von den Seitenincisionen der Vagina ausgehend (Fig. 1), die während des ersten Zeitabschnittes gemacht worden sind, werden mit der Schere oder mit dem Bistouri die Fistelränder an der Grenze zwischen Blase und Scheide getrennt und von einander auf einer Ausdehnung von 2—3 cm gelöst, so dass die Blasenwände die gewünschte Beweglichkeit erlangen (Fig. 2). Die Blasenränder werden mit fixen Pincetten gefasst und die Fistel so weit wie möglich nach außen gezogen. Das Heruntersteigen ist in Folge der Blasen-Scheidenspaltung und der Loslösung der Blase von

der Uterusfläche erleichtert; sie gestatten uns, auch die Fistel bis zur Vulva zu leiten und die Obliteration mit größter Leichtigkeit zu vollziehen.

Um die Blase zu schließen, machen wir eine Katgutnaht in doppelter Etage: zuerst eine Beutelnaht unterhalb des Randes der Blasenschleimhaut submukös; wird dieser Faden angezogen, nachdem die freien Blasenränder mittels kannelirter Sonde der Höhle zu umgebogen werden, so erzielen wir den Verschluss der Fistel. Von der Ausdehnung der Fistel unabhängig, besteht diese Naht aus einem einfachen Knoten, der leicht auszuführen ist.

Wenn aber die Blase nicht genügend heruntergeholt werden konnte, oder der Riss zu tief war und die Beutelnaht nicht leicht in der Tiefe ausgeführt werden kann, so muss das Verfahren abgeändert werden. In einem Falle machten wir diese Naht nur an der vorderen Risshälfte, um die Öffnung zu verringern, während an der hinteren Hälfte eine gleichfalls submuköse unterbrochene Naht angebracht wurde. Mit dieser Änderung erzielten wir einen eben so guten Erfolg wie in den anderen Fällen.

Fig. 3.

Anlegen der Nähte: an der Blase in doppelter Etage, submukös und muskulös; unterhalb der Blase ist das vordere Peritonealblatt vorgezogen und oberhalb der Scheidenwand festgenäht, an der Stelle, wo deren Lösung von der Blase aufhört. An die wieder hergestellte Cervix ist die Scheidenwand befestigt.

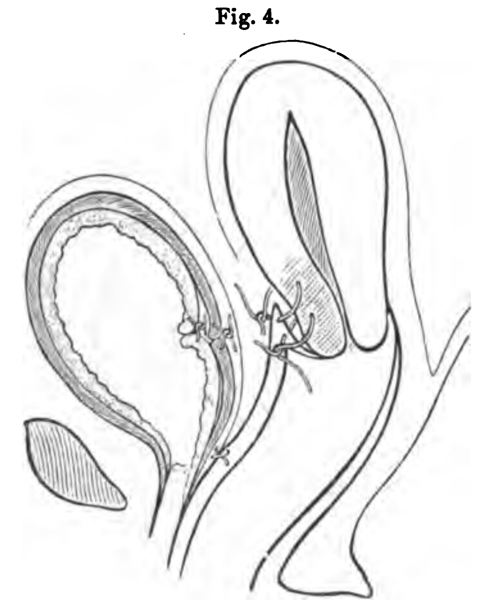
Um die Cystorrhaphie zu beenden, wird über diese submuköse Naht eine zweite fortlaufende oder unterbrochene muskulo-muskulöse Blasennaht gemacht, die lineär in einer Ausdehnung von 2 bis 3 cm verläuft. Mit dieser Naht ist die Blase vollständig geschlossen. Mittels Borsäureinjektionen überzeugen wir uns, dass die Naht fest genug ist und die Fistel vollständig geschlossen.

3) Eröffnung des Peritoneums und Kolpo-Köliorrhaphie. Im weiteren Verlaufe der Operation wird das Peritoneum am vorderen Scheidengrunde am Uterus der Vaginalöffnung entsprechend eröffnet, mit 2 Pincetten wird das vordere Peritonealblatt gefasst und unterhalb der Blase geleitet, um es mit der Scheidenwand in Berührung zu bringen. An der Grenze der Spaltung der Blasen-Scheidenwand nach vorn wird dieses Peritonealblatt mittels einiger

Katgutnähte an die Scheidenwand befestigt und bleibt dann nach dem Schlusse der Scheide versenkt (Fig. 3). Aus dieser Vereinigung ergiebt sich, dass das Peritoneum zwischen Blase und Scheidenwand gelagert wird, so dass es eine neue Fläche bildet, die die Blasennaht verstärkt und deren Unbeweglichkeit verbürgt.

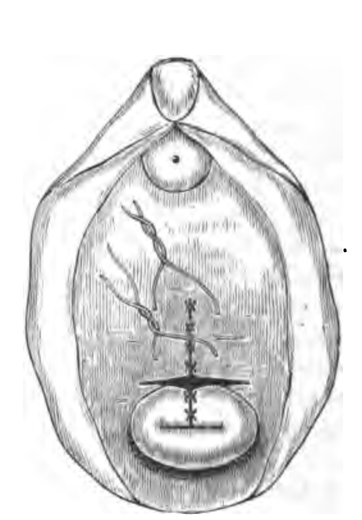
Allein trotz der Wichtigkeit dieses Eingriffes sind doch Fälle vorhanden, wo der peritoneale Scheidengrund nicht mehr vorhanden ist, sei es in Folge der Zerstörung, sei es in Folge der Entzündung, die dem Sphacelus gefolgt ist, so dass das Peritoneum nur schwer gefunden werden dürfte, namentlich aber dasselbe unterhalb der Blase herunterzuziehen. Nur in solchen Fällen entsagen wir diesem

Fig. 4.



Vollzogene Operation und die Art, wie die zeitweiligen Fäden für die Vaginofixation des Uterus und zur Bildung des vorderen Scheidengrundes angelegt werden. Es muss nur noch bemerkt werden, dass die Fäden oberhalb des Uterus, und nicht an der Cervix angelegt werden, so dass der Uterus in Anteversion gebracht werde, damit der zwischen ihm und der Blase entstandene Raum verschwinde.

Fig. 5.



Vordere Ansicht der vollzogenen Operation. Die geschlossene Scheidenwunde und die beiden Fäden der Vaginofixation des Uterus.

Abschnitte der Operation, d. h. bei der Kolpo-Köliorrhaphie, und schließen umgehend daran den folgenden Operationsabschnitt.

4) W i e d e r h e r s t e l l u n g d e r S c h e i d e u n d d i e V a g i n o f i x a t i o n d e s U t e r u s. Während der Uterus noch mit der Pincette fixirt ist, wird er möglichst stark angezogen, um seine Vorderfläche gut sichtbar zu machen. Dann werden nach einander 2 temporäre Rosshaarnähte angebracht, die die Vaginalwunde verschließen; darauf wird die Vaginofixation des Uterus gemacht, zu welchem Zwecke der

Faden von links nach rechts geleitet wird: durch die linke Scheidenlippe, durch den unteren Theil des Uterus und durch die rechte Scheidenlippe. Ist die Vaginalwunde durch diese Fäden nicht vollständig geschlossen, so werden dazwischen noch andere Scheidenwandnähte angebracht. Eben so verfährt man, wenn die transversalen Scheidenincisionen zu groß gerathen sind; sie werden dann mittels Naht der Scheide an die Cervix verkleinert, da die Vaginalwunde vollständig geschlossen sein muss (Fig. 4).

Nach dieser Naht nimmt die ⊥-Form, die die Fistelöffnung der Scheide mit Einschluss der transversalen Incisionen darstellt, eine vertikale, von vorn nach hinten verlaufende Richtung ein. Die Seitenwand der Scheide wird verlängert und mittels Fixation des Uterus wird der vordere Scheidengrund wieder hergestellt (Fig. 5), während die Vaginofixation des Uterus dazu dient, den Uterus zu stützen und sein Rückfallen zu verhindern.

Mit diesem Zeitabschnitte ist die Operation beendet und die Fistel vollständig oblitterirt.

Die Versorgung nach der Operation nimmt einen solch bedeutenden Theil im Operationserfolge ein, dass auch sie besonders hervorgehoben zu werden verdient.

Gleich nach der Operation wird ein Nélaton'scher Verweilkatheter eingelegt und die Scheide mit Jodoformgaze tamponirt. 2mal täglich werden Borsäurelösungen zu Blasenspülungen benutzt, aber mit Vorsicht Betreffs dss Druckes und der Flüssigkeitsmenge, damit nicht die Nähte aus einander gedrängt werden. Funktionirt der Blasenkatheter nicht gut genug, so wird derselbe durch einen anderen ersetzt. Jeden 2. Tag wird die Scheidentamponade gewechselt. Während der ganzen Zeit nimmt die Pat. die Rücken- oder Seitenlage mit flektirten Beinen ein, damit die Bauchwand nicht gespannt sei. Der Verweilkatheter wird am 6.—9. Tage entfernt und durch mehrmals täglich wiederholtes Katheterisiren ersetzt. Erst später wird spontanes Harnen gestattet. Am 10. Tage werden die Nähte entfernt.

Befürchten wir, dass die Fistel nicht genügend gut geschlossen worden ist und dass sich Harn in die Peritonealhöhle ergossen hat, so muss die Scheidenwunde sofort geöffnet werden und der Abfluss nach außen mittels Drainage ermöglicht werden. In unseren Fällen ist dieser Zufall nicht eingetreten, und glaube ich nicht, dass er möglich ist, wenn die Nähte, namentlich der Blase, mit nöthiger Aufmerksamkeit angebracht worden sind.

Dies ist das Verfahren, das wir für die tiefen Blasen-Uterus-Scheidenfisteln vorschlagen möchten und das uns die besten Resultate geliefert hat. Es ist leicht auszuführen, erfordert kein specielles Instrumentarium und kann im Falle des Nichtgelingens die Läsionen für einen neuen Eingriff nicht verschlechtern. Nur muss die ganze Aufmerksamkeit auf das Anlegen der Blasennaht verwendet werden, denn von ihr hängt der Erfolg der Operation und des postoperativen Verlaufes ab.

III. Zur Cervixfrage.

Von

Otto v. Franqué.

Ich beabsichtige nicht auf alle in Bayer's Veröffentlichung in No. 3 dieser Zeitschrift berührten Punkte noch einmal einzugehen, einige derselben muss ich aber doch kurz erörtern.

1) Selbstverständlich fällt nach der neuen Erklärung Bayer's der von mir in Leipzig vorgezeigte, in der »Festschrift der physikalisch-medicinischen Gesellschaft« abgebildete Fall jetzt aus dem Rahmen der Diskussion. Ich muss anerkennen, dass Bayer nicht bezweifelt, dass er den Fall in Leipzig wirklich anders gedeutet hat; was hätte es auch für einen Sinn gehabt, mich zu nachprüfenden Muskelfasermessungen aufzufordern, wenn wir beide den Fall ganz gleich auffassten?

Aber Bayer macht mir den Vorwurf der Illoyalität in dem Satze: »Der Fall beweist jedenfalls, dass man seine Worte auf die Goldwage legen muss einem Gegner gegenüber, der aus einer flüchtigen Äußerung Kapital zu schlagen gewillt ist«. Ich muss bekennen, dass mir der Gedanke, das Urtheil, das ein Forscher vom Range Bayer's in der wissenschaftlichen Sitzung der deutschen gynäkologischen Gesellschaft Angesichts eines ausführlich vorher geschilderten Präparates abgiebt, sei eine »flüchtige« Äußerung, die man als nicht erfolgt ansehen müsse, überhaupt nicht in den Sinn kam. Ich nahm vielmehr Bayer's Aufforderung zur Nachuntersuchung so ernsthaft, dass ich mir öfters Skrupel machte, weil ich diese Nachuntersuchung wegen anderer Dinge, die mich mehr interessirten, immer wieder hinausgeschoben hatte. Man kann mir also den Vorwurf der Naivität machen, aber nicht den der Illoyalität.

2) Auf p. 437 der »Morphologie der Gebärmutter« von Bayer heißt es in der Anmerkung: »Diesen, so wie 2 andere hier betrachtete Uteri beabsichtigt Herr Prof. Joessel in dem demnächst erscheinenden 2. Bande seines Lehrbuches der topographisch-chirurgischen Anatomie zu beschreiben, so dass ich mich auf die für meine Arbeit wesentlichen Punkte beschränken kann«. In dem Vorworte zu der an Joessel's Stelle von Waldeyer herausgegebenen Abtheilung »Becken« ist gesagt, dass Waldeyer eine Anzahl von namentlich aufgeführten Figuren aus dem Nachlasse seines verstorbenen Freundes und Kollegen Joessel benutzt hat, unter denen sich auch die fraglichen Uteri befinden. In meiner kleinen Mittheilung »Untersuchungen und Erörterungen zur Cervixfrage« lautet der strittige Passus: »weil er (Waldeyer) zum Theil dieselben Präparate benutzte wie Bayer, nämlich die von Joessel dargestellten Schnitte der Straßburger anatomischen Anstalt«. Das ist einfach die Wiederholung dessen, was an den beiden erstcitirten Stellen gesagt bezw. voraus-

gesagt ist. Freilich glaubte ich und glaube ich noch heute, dass Waldeyer nicht nur die Abbildungen, sondern auch die Präparate gesehen hat. Dass er sie im Sinne Bayer's nachuntersucht hat, ist mir nicht eingefallen anzunehmen oder zu »suggeriren«. Waldeyer hat das einfach nicht für nöthig gehalten.

3) Freilich ist die von mir verlangte Vorbedingung für die Bayer'sche Schlussfolgerung unerfüllbar: da sie aber zugleich die logische Voraussetzung der letzteren ist, so ist eben damit gezeigt, dass die Bayer'sche Schlussfolgerung hinfällig ist. Was den Biceps des Athleten anlangt, so weiß ich nicht, ob genauere histologische Untersuchungen und Messungen angestellt sind. Bis ich eines Besseren belehrt werde, möchte ich aber annehmen, dass die makroskopische Hypertrophie nicht oder zum allergeringsten durch eine Verlängerung, sondern vielmehr durch eine Verdickung und Vermehrung der einzelnen Muskelfasern bedingt ist.

4) Die Präparate von Cervixplacenta sind, abgesehen davon, dass noch keines derselben in der wünschenswerthen Vollständigkeit beschrieben ist, für die Cervixfrage kaum mehr von Belang. Denn wenn wir annehmen, dass das Ovulum sich in die Schleimhaut einbohrt und sich die Placenta durch weiteres Abheben der Schleimhaut vergrößert, so hat es durchaus nichts Auffallendes mehr, dass sich sehr ausnahmsweise das Ovulum unter der Cervixschleimhaut in den Cervikalkanal hinein seinen Weg bahnt, nachdem es einmal mit den Zotten den inneren Muttermund erreicht hat. Sehen wir es sich doch bei der Extra-uterin-Schwangerschaft auf noch viel ungünstigerem Boden ausbreiten, der eben so wenig wie die Cervixschleimhaut zu seiner Aufnahme bestimmt ist. Für eine primäre Entwicklung in der Cervix, für eine Entfaltung der letzteren ist also mit diesen Präparaten gar nichts erwiesen.

5) Bayer irrt, wenn er mich für ein Hindernis der Verständigung in der Cervixfrage hält, so fern er mit Veit die Dreitheilung des nicht schwangeren Uterus als die Grundlage dieser Verständigung ansieht. Auf p. 83 meiner Monographie »Cervix und unteres Uterinsegment« ist ausführlich von Sappey's Engpass die Rede, p. 98 findet sich Acconci's Angabe, dass die feste Anheftung des Peritoneums (d. i. die obere Grenze des unteren Uterinsegmentes) am nicht schwangeren Uterus regelmäßig 9—12 mm über dem Os internum sitzt, p. 115 heißt es: »So kommen wir zu dem Schlusse, dass nicht nur am kreißenden und entbundenen, sondern auch am schwangeren und ruhenden Uterus ein ‚unteres Uterinsegment' besteht, ein Schluss, zu dem auch Acconci und Andere schon gekommen sind«. Benckiser's Canalis decidualis ist bei der Beschreibung der ersten Präparate wiederholt erwähnt und auf p. 13 in der Abbildung direkt bezeichnet.

Wie Küstner nahm und nehme ich an, dass die Stelle des Kontraktionsringes als obere Grenze eines mittleren Uterusabschnittes präformirt ist. Aber nach wie vor rechnen doch die Einen diesen

mittleren Abschnitt zur Cervix, die Anderen zum Corpus und darauf bezog sich meine zurückhaltende Äußerung auf dem Berliner Kongresse.

Schließlich darf ich vielleicht noch ein nicht zur Cervixfrage gehöriges Missverständnis Bayer's berühren; ich halte den Besitz von Temperament nicht, wie er zu glauben scheint, für einen Fehler, sondern im Gegentheil für einen beneidenswerthen Vorzug, für einen noch größeren allerdings die Fähigkeit, dasselbe zu beherrschen.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 8. December 1899.

Vorsitzender: Herr P. Ruge; Schriftführer: Herr Flaischlen.

I. Demonstrationen.

1) Herr R. Schaeffer stellt eine 33jährige Frau vor, an welcher er im Januar v. J. wegen Osteomalakie und Graviditas mensis X die Porro-Operation mit gutem Erfolge für Mutter und Kind ausgeführt hat. Die Kranke hatte er vor 1 Jahre, als sie im 8. Monate Gravida war, bereits schon einmal vorgestellt. Die Sectio caesarea wurde mittels des queren Fundalschnittes nach Fritsch vorgenommen. Die Kranke konnte bereits am 17. Tage zum 1. Male aufstehen und am 22. Tage die Klinik verlassen. Der Einfluss der Operation auf die Osteomalakie war in die Augen springend. Bereits nach wenigen Tagen konnte die Kranke sich schmerzfrei bewegen. Während die Kranke vorher weder gehen noch stehen konnte, kann sie jetzt ohne Stock — wenn auch unbeholfen — allein gehen und ihre Wirthschaft besorgen. Die Conjugata diagonalis externa, welche vorher fast 20 cm maß, beträgt jetzt nur noch $17^1/_2$ cm, wahrscheinlich wegen Abflachung der schnabelförmigen Hervorwölbung der Symphyse. Eine mehrmonatliche Phosphorbehandlung wurde schlecht vertragen und hatte keinen Erfolg.

Herr Olshausen findet das Resultat in diesem Falle wenig befriedigend im Vergleiche zu anderen publicirten Fällen.

2) Herr Olshausen stellt eine Kranke vor, welche nach Ovariotomia dextra im Jahre 1896 und Ovariotomia sinistra im December 1897, bei welcher letzteren Operation der Tumor Carcinompartien enthielt, jetzt ein großes, inoperables Carcinom der Bauchwand hat.

Einen ganz gleichen Fall demonstrirte in der vorletzten Sitzung der Gesellschaft an einer anderen Kranken der Klinik Herr Dr. Opitz. O. kennt auch 2 Fälle von Carcinom in der Schnittnarbe eines Damm-Scheidenschnittes nach vaginaler Exstirpation eines carcinomatösen Uterus.

Alle diese Fälle beweisen wenigstens das Vorkommen von Impfrecidiven, welches von Einzelnen noch bezweifelt wird.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Czempin: Über unstillbare Uterusblutungen.

In der Diskussion zeigt Herr Odebrecht zunächst den Apparat von Pincus, während der Herr Vortr. nur den von Dührssen demonstrirt hatte, und macht dann folgende Bemerkungen. Es ist nicht immer ganz einfach, die Ursache uteriner Blutungen zu eruiren, wenigstens nicht für den praktischen Arzt. Dieselbe sitzt nicht immer im Uterus, sondern oft im Ovarium, so wie in Entzündungsprocessen der Adnexe und der Parametrien. Die Kenntnis solcher Blutungen ist

freilich nicht neu, wie denn Brennecke schon die Endometritis ovarica als eine besondere Krankheitsform charakterisirte und Hegar auf die Blutungen bei Stumpfexsudaten nach Kastrationen aufmerksam machte. Trotzdem ist es dankenswerth, dass Herr Czempin auf diese Blutungen hinwies, denn im Kreise der praktischen Ärzte sind sie nicht genügend bekannt. Man erlebt es noch immer recht häufig, dass derartige Pat. mit heißen und kalten Ausspülungen, mit Ergotin und Hydrastis behandelt werden, während Antiphlogose am Platze gewesen wäre.

Herr Czempin sprach über unstillbare Blutungen und empfahl dann für solche die Atmokausis. Da kommt mir ein Fall in Erinnerung, den ich vor 3 Monaten erlebte. Ein 19jähriges Mädchen, ausgeblutet bis zum Extrem, wachsbleich, Puls 140, kam zu mir und berichtete, seit 2 Jahren ungefähr zu bluten. Sie habe in mehreren gynäkologischen Kliniken Berlins gelegen, sei mehrfach ausgekratzt und anderweitig behandelt worden, jedoch nur mit geringem Erfolge; in dem laufenden Jahre sei sie noch keinen Tag ohne Blutung gewesen. Uterus ohne jegliche Anomalie, das rechte Ovarium ein wenig vergrößert; das war das einzige Abnorme am Befunde.

Ich entschloss mich, zunächst eine Einspritzung von Liq. ferr. sesquichl. zu machen, um die Blutung vorläufig wenigstens einmal zum Stillstande zu bringen, fügte eine Morphiumspritze hinzu und behandelte dann antiphlogistisch mit Eis und Morphium. Die Blutungen kehrten nicht wieder, das Mädchen erholte sich sehr gut.

Hätte ich hier die Atmokausis angewandt, so hätte die Atmokausis eine unstillbare Blutung gestillt. Es ging aber auch auf einfachere Weise. Trotzdem lehne ich die Atmokausis durchaus nicht ab, möchte aber zweierlei in Bezug auf dieselbe hervorheben. Erstens haben wir auch bisher schon manche Uteruserkrankung ohne dieselbe erfolgreich behandeln können. Manche Veröffentlichungen lesen sich so, als wäre dem nicht so. Zweitens ist das Verfahren ein recht komplicirtes und noch immer nicht ganz ungefährliches. Man sollte es daher nur mit genügender Assistenz und nur in ausgewählten Fällen, als ultimum refugium, verwenden; auch sich dabei streng an die Vorschriften von Pincus halten, wenigstens vorläufig. Ich habe selten länger als 15 Sekunden den Dampf strömen lassen, die Temperatur aber zumeist auf über 110° bis 115° erhöht.

Nach den Untersuchungen von Flatau, nach denen die Temperatur im Uterus erst nach einer Minute auf ca. 70° C. steigt, ist die Wirkung des Dampfes eigentlich überraschend. Dass sie nur in der Kontraktion des Uterus begründet sei, wie Pincus meint, möchte ich nicht glauben, sondern nehme vielmehr eine direkte Beeinflussung der Schleimhaut an; denn die Blutungen hören manchmal erst nach Tagen und Wochen ganz allmählich auf.

Wir werden noch viel Erfahrungen über die Atmokausis sammeln müssen, ehe die Sache spruchreif ist.

Recht brauchbar, und einfacher in der Anwendung, ist die Zestokausis; sie empfiehlt sich bei Katarrhen, besonders der Cervix, an Stelle des Chlorzinks.

Herr Robert Meyer spricht von »Uterusexstirpation wegen unstillbarer Blutung« nur, wenn für die letztere kein nachweisbarer Grund vorliegt. Er hat von mehreren Gynäkologen solche Uteri zur Untersuchung erhalten und berichtet, dass er keine oder nur geringe Gefäßveränderungen, dagegen in 5 Fällen starke makroskopische Schleimhautwucherungen bis durchschnittlich über 1 cm tief in der Muskulatur gefunden hat; eben solche fand er unter einer großen Anzahl darauf untersuchter Uteri nur 1mal bei einem Uterus mit Carcin. cervic., 1mal bei einem Uterus mit metritischer Verdickung des Fundus und 1mal in einem Uterus mit starker Perimetritis, Parametritis und Adnexadhäsion vergesellschaftet. — Da in letzteren beiden Uteri ebenfalls starke Blutungen die Ursache der Exstirpation abgaben, so bespricht M. sie mit den 5 anderen Uteri gemeinsam.

Die Wucherungen im Myometrium nehmen regelmäßig im Corpus uteri von unten nach oben zu an Ausdehnung und Cystenbildung. Lange Drüsenschläuche wuchern einzeln oder in größeren Komplexen in die Tiefe. Epithel einschichtig.

In 2 Fällen beginnende Malignität der Wucherung in der Tiefe bei benigner Oberfläche. — M. hält die Wucherungen für die Ursache der Blutung und da ihnen nicht beizukommen, die Uterusexstirpation für gerechtfertigt, abgesehen von der Gefahr maligner Degeneration. — Die Diagnose ist nur vermuthungsweise zu stellen.

M. demonstrirt die mikroskopischen Präparate seiner Fälle und 2 Uteri, die »wegen unstillbarer Blutung« exstirpirt wurden von ungenannter Seite; — beide Uteri enthalten einen Placentarpolypen. Auch andere Polypen, besonders in den Tubenecken, leisten der Curette zuweilen Widerstand. M. mahnt daher, die Uterusexstirpation wegen Blutungen aus nicht genügend aufgeklärten Gründen nur nach Ausschluss solcher Blutungsursachen vorzunehmen.

Herr Olshausen macht auf das Vorkommen uteriner hartnäckiger Blutungen aufmerksam, welche bei intraligamentären Tumoren vorkommen und nur durch die Exstirpation der Tumoren beseitigt werden können. Herrn Odebrecht stimmt er in Bezug auf die Unberechenbarkeit der Wirkung bei Anwendung der Atmokausis bei und empfiehlt desshalb, wie Odebrecht, zunächst sehr vorsichtige Anwendung.

Als ein wenig bekanntes Mittel bei protrahirten Uterinblutungen nennt er die Anwendung von Wärme in der Kreuzgegend nach Chapmann. Am besten applicirt man die Wärme mittels heißer Sandkissen, auf denen die Kranke liegt.

Die zahlreichen Fälle, in denen unter Herrn Czempin's Fällen nach Kastration die Blutungen in typischer oder unregelmäßiger Weise fortbestanden, sprechen dafür, dass die Kastration oft unvollkommen ausgeführt worden war. Dass die Menstruation von Stumpfexsudaten aus nach vollkommener Exstirpation der Ovarien unterhalten wird, kann man heute nicht mehr glauben. Die Kastration beseitigt bei vollkommener Ausführung die Menstruation prompt und sicher, ausgenommen vielleicht die sehr seltenen Fälle gestielter, submuköser Myome.

Herr R. Schaeffer schließt aus seinen Erfahrungen mit dem Chlorzinkstifte auf die Vaporisation. Selbst die energische Ätzung des Chlorzinkstiftes garantire nicht völlige Verätzung der Schleimhaut; einzelne Drüsenreste bleiben oft zurück, so dass bei gleichzeitiger partieller Atresie eine Hämatometra entstehen könne und auch einige Male von Anderen beobachtet ist. Desshalb verwendet er seit Jahren nicht mehr den Chlorzinkstift. Dieselben Gefahren schließt die Vaporisation in sich. Die Tiefe der Einwirkung lässt sich eben nicht beherrschen. In weitaus den meisten Fällen ist die Vaporisation ohne zwingenden Grund angewendet worden, in Fällen, in denen viel ungefährlichere Behandlungsarten vollkommen ausgereicht hätten. Nur bei wirklich ernsten Fällen von unstillbarer Blutung kommt die Vaporisation überhaupt in Betracht. Hier erscheint ihm aber — im Allgemeinen wenigstens — die Totalexstirpation sicherer im Erfolge und empfehlenswerther wegen der bei der Vaporisation nicht zu beherrschenden Gefahren.

Herr Czempin (Schlusswort) bedauert, dass keiner der Redner auf seine Hypothese von der gestörten Funktion der Ovarien eingegangen ist. Eine große Zahl von Beobachtungen zeigt, dass die regelmäßige Beziehung zwischen Ovulation und Menstruation häufig gestört ist, dass Ovulation ohne Menstruation möglich ist, dass umgekehrt die virginalen und klimakterischen, so wie andere atypische Blutungen[1], Unregelmäßigkeiten der Menstruation sind, welche sich nur durch Unregelmäßigkeiten der Ovulation erklären lassen. C. streift hierbei die Arbeiten, welche in jüngster Zeit über die innere Sekretion der Ovarien durch Richter und Löwy veröffentlicht worden sind.

Hinsichtlich der Vaporisation verwahrt sich C. gegenüber den Bemerkungen einzelner Redner, dass er ein Apostel dieses Verfahrens sei. Im Gegentheil habe er bisher bei allen Fällen von Blutungen der üblichen Methoden sich bedient. Ein Bedürfnis nach einem energischen Mittel mache sich nur für die schweren Blutungen geltend, welche C. als unstillbare definirt, die allen bekannten Mitteln dauernd trotzen, dabei in ihren Ursachen unerklärlich seien. Hier sei er der Ansicht, dass ein Versuch mit der Vaporisation zum Zwecke der völligen Verödung

des Uterus allemal der etwa in Frage kommenden Totalexstirpation vorausgehen müsse. Die Einwände der Herren Meyer und Schaeffer, dass die Vaporisation doch nicht sicher genug wirke und doch die Exstirpation nicht ersetzen könne, seien a priori nicht von der Hand zu weisen, doch sind einerseits die Erfolge C.'s mit dieser höchst einfachen Operation sehr günstig, andererseits habe er durch sein demonstrirtes Präparat gezeigt, dass die Uterusschleimhaut nicht völlig zu Grunde gehe, sondern nur stark veröde, die Uterushöhle blieb erhalten, eine Hämatometra sei bei entsprechender Vorsicht zu vermeiden, demnach die spätere Beobachtung in keiner Weise unmöglich gemacht.

Den Einwand des Herrn Olshausen erkennt C. für viele Fälle als berechtigt an, glaubt aber nicht, dass man ihn auf alle Fälle verallgemeinern dürfe, in einer großen Zahl von Fällen seien thatsächlich nicht zurückgebliebene Ovarialreste, sondern die Stumpfexsudate die Ursache der atypisch auftretenden, oft unstillbaren Blutungen.

Tuben.

2) **Knauer.** Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tubentuberkulose.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVII. Hft. 3.)

In der Klinik Chrobak wurde durch Laparotomie bei einem 17jährigen Mädchen ein tuberkulöser Tumor zugleich mit den Adnexen entfernt, der mit der rechten Tube in Verbindung stand und allseitig aus stark blutenden Adhäsionen ausgelöst werden musste. Er bestand aus vielfach geknickten und unregelmäßig gewundenen Gängen, die sich schwer differenziren ließen und mit käsig bröckliger Masse gefüllt waren. Am meisten ähnelte er einem aus verkästen Lymphomen bestehenden Drüsenpackete. Die Wandungen der Gänge wiesen Bindegewebe, jedoch keine glatte Muskulatur auf, und waren nach innen zu nur mit Riesenzellen und den Produkten des käsigen Zerfalles besetzt. Aus vergleichenden Beobachtungen schließt Verf., dass es sich im vorliegenden Falle um die in die Bauchhöhle entleerten käsigen Zerfallsmassen aus der tuberkulösen Tube handelt, welche durch Pseudomembranen abgekapselt werden, und so einen Tumor bilden.

Courant (Breslau).

3) **P. Mairez.** Über papilläre Tumoren der Tube.

Inaug.-Diss., Paris, 1899.

Es werden aus der Litteratur (von 1879 an) 33 Fälle von papillären Tubentumoren zusammengestellt; 9 davon, die ausführlich beschrieben sind und unter denen eine persönliche Beobachtung sich befindet, waren gutartig, 24 bösartig. Die Geschwülste entwickeln sich in Cysten, die in der Tube ohne Alteration ihrer Wand entstehen. Sie ähneln den Papillomen der äußeren Geschlechtsorgane; die gutartigen zeigen den Typus eines Adenoms und Papilloms, die bösartigen den eines Epithelioms; erstere entwickeln sich im Anschlusse an eine Salpingitis; letztere können aus den gutartigen Papillomen hervorgehen oder gleich von Anfang an malign sein. Die Epithelien der Cystenwand zeigen eine hyaline Einschmelzung und es kann zu einem Ergusse der auf diese Weise gebildeten Flüssigkeit kommen: entweder durch das abdominale Tubenostium in die Bauchhöhle, wodurch allgemeiner Ascites resp. bei vorhandenen Verwachsungen ein abgesackter Tumor entsteht, oder durch das uterine Ostium in den Uterus und die Vagina, wodurch ein reichlicher und intermittirender Ausfluss zu Stande kommt. Präcise diagnostische und prognostische Gesichtspunkte lassen sich zur Zeit noch nicht aufstellen.

Stoeckel (Bonn).

4) **H. Duret** (Lille). Primitives Epitheliom der uterinen Tube.

(Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1899. No. 2.)

Im Ganzen wurden bis jetzt 17 Fälle beobachtet, die von Barth und Sänger zusammengestellt wurden. Folgt die detaillirte Krankengeschichte eines weiteren

Falles mit 2 hübschen Abbildungen. Eine eingehende mikroskopische Untersuchung stellte unzweifelhaft ein doppelseitiges, primitives Tubencarcinom fest; daneben zeigte sie 1) dass die Struktur, von ebenfalls vorhandenen endogenen Vegetationen in Ovarialcysten, etwas von der Struktur der Tubenwucherungen abwich, 2) dass es sich nicht um eine einfache Implantation eines sekundären Tumors in die Ampulle der linken Tuben handle, 3) dass die der papillären Wucherung benachbarten Gebiete des Eileiters sich bereits im Vorstadium zur carcinomotösen Umwandlung befanden.

Die von Sänger und Barth aufgestellte Hypothese, dass das primitive Tubencarcinom sich immer auf dem Boden einer purulenten Salpingitis entwickle, wird verworfen; dagegen wird die Hypothese von Doran und Fearne acceptirt, wonach es sich gewöhnlich um eine maligne Degeneration von Papillomen handle.

Beuttner (Genf).

5) **Boldt** (New York). Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Med. record 1899. April 29).

B. bespricht in der New Yorker county med. Association die Extra-uterin-Schwangerschaft an der Hand von Präparaten, ohne dass sich gerade neue Gesichtspunkte ergeben. Die Behandlung will er vor Allem abhängig machen von der Lebensfähigkeit der Frucht, von dem Umstande, ob sie lebt oder nicht. Lebt sie, so muss man die Schwangerschaft dauernd unter Aufsicht halten und beim ersten Beginne von Wehen sogleich zur Operation schreiten. Am besten operirt man möglichst bald nach dem Ableben des Fötus. Ist aber bei der ersten Untersuchung die Frucht schon abgestorben, ist es besser, zu warten, bis man einigermaßen sicher annehmen kann, dass der Blutumlauf in der Placenta aufgehört hat, man daher unter thunlich geringster Gefahr der Blutung operirt. Die Behandlung der Placenta verdient dabei stets die höchste Berücksichtigung. — In der hierauf folgenden Diskussion bemerkt Janorin, dass er die Elektricität früher versucht, aber aufgegeben habe, nachdem er eine üble Erfahrung gemacht hatte. Andrew Currier glaubt, dass die fast stets vorhandene Deformität der Frucht meist erst in der späteren Entwicklungszeit sich einstelle, wenigstens hat er nirgends eine Deformität erwähnt gefunden bei Fällen, die vor dem 5. oder 6. Monate zur Beobachtung gelangten. Gar nicht selten ist die Frucht lebend entwickelt worden. Harris hat die größte Zusammenstellung solcher Fälle gebracht, ohne jedoch den Zustand des Fötus zu erwähnen. Er giebt nur an, dass nur 4 länger als einige Wochen lebten, 2 lebten 4 Jahre, einer lebte 5, einer $6^1/_2$ Jahre. Champneys hat 19 Fälle gesammelt, von denen 61,1% starben, während 4 Deformitäten aufwiesen; er schließt hieraus, dass man die Mutter keinerlei Risiko aussetzen solle, um das Kind zu erhalten. Asymmetrie des Kopfes und Gesichtes mit Klumpfuß ist sehr häufig. Pinard hat kürzlich einen Fall veröffentlicht, in welchem der Fötus bei der Operation $7^1/_2$ Monate alt war; die anfänglich vorhandene Asymmetrie des Gesichtes verlor sich später. Die Todesursachen scheinen dieselben zu sein, wie bei den auf gewöhnlichem Wege geborenen Kindern, deren Sterblichkeit in den 2 ersten Lebensjahren ja auch eine sehr hohe ist. Offenbar ist die Ursache für diese Deformitäten das Fehlen des Fruchtwassers. — Ayers bespricht die so schwierige Behandlung der Placenta, welche zu einem großen Theile die hohe Sterblichkeit der Mütter von noch immer 38,5% bedinge, obgleich die meisten Operationen bisher von erstklassigen Operateuren ausgeführt worden seien. A. hat im Gegensatze hierzu unter 101 von ihm zusammengestellten Fällen nur 20 später noch lebende Kinder gefunden, also Mortalität = 80%. Von der Scheide aus sollte nur dann operirt werden, wenn man völlig sicher ist, dass der Blutumlauf in der Placenta aufgehört hat und der Fötus nicht allein weit unten neben der Scheide liege, sondern auch klein sei. Die Behandlung der Placenta muss sich danach richten, ob der Fötus innerhalb oder außerhalb der Bauchhöhle gelegen ist. Da diese Frage aber sich meist nicht vor der Operation entscheiden lässt, mache man stets den Einschnitt tief unten unmittelbar oberhalb der Pubes, zunächst ohne die Bauchhöhle zu eröffnen, da in den extraperitonealen

Fällen das Bauchfell nach oben gedrängt wird. Sogleich muss man die Blutzufuhr zur Placenta abschneiden, welche meist von der Arteria uterina oder ovarii stattfindet. Diese Gefäße kann man auch von der Scheide aus unterbinden. Zuweilen ist die Placenta an der Bauchwand befestigt, so dass man sie gleich beim ersten Einschnitte durchschneidet; oder sie sitzt an den Darmschlingen, der Harnblase etc. und kann nicht gleich bei der ersten Operation entfernt werden. Neuerdings hat A. Versuche mit verschiedenen Einspritzungen in das Placentagewebe gemacht, um ihre Zersetzung zu verhindern; er injicirte Tannin und Glycerin, Alkohol oder Formaldehyd in die Nabelvene und vermochte die Zersetzung damit zu verlangsamen. Seine Versuche werden fortgesetzt. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

6) **Thomson** (Odessa). Seltene Fälle von Extra-uterin-Gravidität.
(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 4.)

T. hat bei einer 33jährigen, die 3mal normal geboren, erst die rechten Adnexe wegen Extra-uterin-Gravidität abdominal und nach 3 Monaten aus gleicher Ursache die linken vaginal entfernen müssen. Bei einer 36jährigen IVpara trat im Anschlusse an einen Abort im 2. Monate Hämatocelenbildung auf. Die Höhle wurde vaginal ausgeräumt. Beide Pat. genasen. Aus der Epikrise ergiebt sich, dass Anhaltspunkte für die immer noch dunkle Ätiologie nicht zu finden waren. Die verschiedenen Theorien und früheren Publikationen werden kurz besprochen.
Roesing (Hamburg).

7) **F. Schauta.** Über die Einschränkung der abdominalen Adnexoperationen zu Gunsten der vaginalen Radikaloperation.
(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 1.)

Nachdem Verf. im Jahre 1893 in Breslau und 1895 in Wien auf dem Kongresse der Deutschen Gynäkologischen Gesellschaft seine Erfahrungen über abdominale Adnexoperationen mitgetheilt hatte, wandte er sich der vaginalen Radikaloperation zu, und ist nun in der Lage, von seinem veränderten Standpunkte aus über die günstigen Erfolge, die mit dieser Operationsmethode erzielt wurden, genau zu berichten. Eine übersichtliche Tabelle zählt 220 derartige Operationen auf. Während nun die abdominalen Adnexexstirpationen bei 6% Mortalität nur 56% Dauererfolge ergeben hatten, berechnen sich letztere für die vaginale Radikaloperation bei 2,7% Mortalität auf 86,8%. Diese besseren Erfolge entsprechen ungefähr dem Resultate, das mit abdominaler Totalexstirpation (38 Fälle) erzielt wurde, nur dass bei letzterer 10,5% Mortalität zu verzeichnen war. Diese Zahlen zeigen deutlich, um wie viel ungefährlicher die vaginale Methode ist als die abdominale, zugleich aber auch, dass es bei den schweren Adnexerkrankungen darauf ankommt, den Uterus mit zu entfernen. Die Dauererfolge einseitiger vaginaler Adnexexstirpationen gestalten sich eben so unbefriedigend wie die der abdominalen (23% Dauererfolge). 7 Fälle, bei denen vaginal die einen Adnexe nebst dem Uterus entfernt wurden, während die anderen zurückblieben, heilten fieberfrei und glatt, während die Dauerresultate schlecht wurden. Auch dieses Ergebnis weist darauf hin, wie wichtig die Entfernung des Uterus einestheils ist, um gute Drainage und glatte Heilung zu erzielen, und wie sehr es darauf ankommt, dass auch die anderseitigen Adnexe mit entfernt werden, um einen guten Dauererfolg zu erreichen. Großen Werth legt S. auf die durch Entfernung des Uterus erzielte Drainageöffnung, welche, am tiefsten Punkte des Abdomens gelegen, das Platzen der Eitersäcke fast völlig seiner Gefahr entkleidet. Verf. muss sich entschieden gegen konservirende Operationsmethoden aussprechen, und bezieht die von anderen Autoren mit diesen erreichten guten Resultate auf leichtere Adnexerkrankungen, bei denen er überhaupt nicht operativ vorgeht. Mit Freimuth bekennt S., dass diese Grundsätze schon 1893 von Landau vertreten worden sind. Als sein Verdienst nimmt er dagegen in Anspruch, dass er den Beweis geliefert hat, dass man mit Ligaturen bei den schwersten Adnexerkrankungen dasselbe erreichen kann, was vorher nur durch das Klemmverfahren möglich erschien. Verf. beschreibt sein Operationsverfahren genau, von dem erwähnt zu werden verdient, dass nach

Eröffnung der Peritonealfalten genaue Vereinigung des Peritoneums mit der Scheidenwand erfolgt. Hierauf werden die Parametrien hoch abgebunden und alsdann die Cervix amputirt, um den Uterus leichter herauswälzen zu können. Gelingt das nicht, so bedient sich S. der vollständigen Spaltung desselben, um an die Adnextumoren zu gelangen. **Courant** (Breslau).

8) **Cohn.** Über die Dauererfolge nach vollständiger oder theilweiser Entfernung der Gebärmutteranhänge.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 1.)

Abel ließ durch Verf. die Resultate seiner Adnexoperationen zusammenstellen. Von 90 Operirten starben 3 = $3^1/_2$%. Von den Übrigen konnte in 32 Fällen Bericht erhalten werden. Unter diesen befanden sich 27 abdominale Adnexoperationen, von denen 6 einseitig waren. In allen diesen Fällen wurde der Uterus zurückgelassen. In einem weiteren Falle wurde auch der Uterus entfernt, 4mal handelte es sich um vaginale Radikaloperation. 26 Pat. wurden wieder vollständig arbeitsfähig. In einem Falle fixirte sich der restirende Uterus in Retroflexio so, und es traten solche Beschwerden auf, dass er nachträglich vaginal entfernt werden musste. In einem Falle von vaginaler Radikaloperation wurde die Arbeitsunfähigkeit durch die ungewöhnlich starken Anfallserscheinungen bedingt. Von den 21 doppelseitig Operirten bekamen 11 die Menses wieder, und bei 6 von diesen bestehen sie regelmäßig weiter. Diese Kranken befinden sich nach der Operation viel besser als die, bei denen die Menses vollständig unterdrückt wurden. In Folge dessen muss die abdominale Salpingo-Oophorektomie, besonders für jüngere Personen, immer in Betracht gezogen werden. Die Behandlung mit Eierstocksubstanz ließ in den meisten Fällen im Stiche. **Courant** (Breslau).

9) **A. Macmillan** (Detroit). Salpingo-Oophorektomie, unsichere Diagnose in Folge von Uterus bicornis unicollis.

(Med. age Vol. XVII. No. 9.)

28jährige IIpara. Eine normale Geburt vor 10, ein Abort vor 2 Jahren. Am 22. Juli Obstipation, häufiger Urindrang, eitriger Uterinkatarrh; Empfindlichkeit aller Beckenorgane. Uterus unbeweglich, nach rechts durch einen großen, fixirten Tumor verdrängt. 22. Juli. Köliotomie. Fundus uteri rechts; die linken Anhänge in uterine, vesikale und intestinale Adhäsionen eingebettet. Bei Lösung derselben ergoss sich plötzlich Eiter. Schließlich kam ein fester Körper zum Vorschein, der sich als das linke Horn eines Uterus bicornis unicollis erwies. Pat. genas glatt. **Graefe** (Halle a/S.).

Verschiedenes.

10) **H. Kehr, P. Eilers, R. Lucke.** Bericht über 197 Gallensteinoperationen aus den letzten $2^2/_3$ Jahren.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LVIII. Hft. 3.)

Dieser Bericht bildet die Fortsetzung einer früher erschienenen Mittheilung über 360 Gallensteinoperationen; nunmehr sieht K. auf die gewaltige Gesammtzahl von 406 Gallensteinoperationen zurück. Die vorliegende Arbeit bringt neben ungekürzten und epikritisch beleuchteten Krankengeschichten eine ausführliche Besprechung der Operationsmethoden und enthält so viel des Interessanten, Neuen und Beherzigenswerthen, dass die Lektüre des Originals sehr lohnend ist. K. legt besonderen Werth darauf, ausführliche Krankengeschichten dem Leser zu unterbreiten, da ihr Studium sehr viel Lehrgeld erspare, zumal auf dem Gebiete der Cholelithiasis, wo fast jeder Fall Überraschungen mancherlei Art bringe. Die Arbeit ist so umfangreich, dass an dieser Stelle nicht einmal die zusammenfassenden Schlussfolgerungen eingehender berücksichtigt werden können; sie zerfallen in

3 Gruppen, von denen die 1. die Anzeigen für die interne Behandlung, die 2. die unbedingte Anzeige für eine Operation bringt; die 3. Gruppe erledigt in 14 Sätzen die Abgrenzung der einzelnen Operationsmethoden. Nach der ausgeführten Operation ist eine Karlsbader Nachkur stets und dringend zu empfehlen.

Die beneidenswerth erfolgreiche Thätigkeit K.'s auf dem Gebiet der Gallensteinerkrankungen kommt zum Ausdruck in dem Schlussworte: »Auf keinem Gebiet erzielt der Operateur so glänzende Resultate und findet so viel Befriedigung, als auf dem Gebiete der chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheiten«.

Calmann (Hamburg).

11) **H. Nothnagel** (Wien). Pseudoperityphlitis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 15.)

Mittheilung eines einen 20jährigen Friseurgehilfen betreffenden Falles, in welchem anscheinend das Bild einer Perityphlitis bestand, die sogar früher eine Laparotomie veranlasst hatte, bei der sich völlig normale Verhältnisse vorfanden, der Wurmfortsatz exstirpirt worden war, an dem auch keine Veränderung bestand, daher nach Analogie der Pseudoperitonitis hysterica eine Pseudoperityphlitis hysterica angenommen werden muss. Pat. ist neuropathisch belastet. Die neuerlichen Erscheinungen wurden mit Elektricität mit Erfolg behandelt.

Dittel (Wien).

12) **G. Halban** (Wien). Zur Frage der Bakterienresorption von frischen Wunden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 51.)

Vorliegende Arbeit enthält im Wesentlichen eine erfolgreiche Polemik gegen Nötzel, welcher die von H. in seinen Arbeiten verfochtene und durch Versuche gestützte Ansicht, nach welcher die Resorption hauptsächlich auf dem Wege der Lymphbahn stattfinde, bekämpft.

H. verwahrt sich dagegen, dass er die Möglichkeit geleugnet hätte, dass Bakterien auf dem Wege der Blutbahn aufgenommen werden können, letztere spielt aber bei gewöhnlichen Infektionen eine inferiore Rolle.

Es gelingt H. thatsächlich, an Nötzel's Versuchen selbst die Richtigkeit seiner Ansicht nachzuweisen. Schließlich ist er in der Lage, als Bestätigung derselben mitzutheilen, dass nach den Thierexperimenten von Albrecht und Ghon auch bei blutiger Infektion mit dem Pestbacillus die Infektion streng den Weg der Lymph- und nicht der Blutbahn geht. **Dittel** (Wien).

13) **C. Beck** (New York). Appendicitis.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 221. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1898.)

Ätiologie und Anatomie erfahren eine sehr eingehende Besprechung. Es handelt sich wohl um sehr verschiedene Krankheitserreger, unter denen der Colibacillus aber eine hervorragende Rolle spielt, Cirkulationsstörungen geben ein prädisponirendes Moment ab, zuweilen auch rechtsseitige Wanderniere, die den Wurmfortsatz an die Darmbeinschaufel drücken kann. Eine wirkliche Ausheilung auch der einfachen Appendicitis, also eine vollständige Restitutio ad integrum hat nach B.'s Überzeugung kaum jemals statt; Narben, Strikturen etc. bleiben zurück und Recidive sind die Regel. Nur durch totale Schrumpfung des Wurmfortsatzes kann zuweilen Spontanheilung eintreten. Die chronische Appendicitis stellt oft das Endresultat einer »glücklich verlaufenen« Appendicitis dar. Tuberkulöse Appendicitis kommt sowohl primär als auch als Theilerscheinung allgemeiner Tuberkulose vor. Die Symptome sind bei den verschiedenen Formen der Erkrankung (Appendicitis simplex, Periappendicitis, phlegmonöse Appendicitis, Appendicitis suppurativa perforativa und Appendicitis gangraenosa) zunächst so wenig von einander verschieden, dass eine Differentialdiagnose in den ersten Stunden außerordentlich schwer sein kann, während im weiteren Verlaufe markante Unterschiede hervortreten. Für die Diagnose der Appendicitis überhaupt ist als konstantestes Symptom eine mehr oder weniger ausgesprochene Dämpfung anzusehen,

wozu dann noch die Schmerzlokalisation, eventuell Erbrechen, Meteorismus, Temperatursteigerung und Pulsveränderung kommen, die entsprechend den anatomischen Veränderungen und der Progredienz des ganzen Processes in ihrer Ausdehnung und Stärke variiren. Die Differentialdiagnose mit anderen Erkrankungen wird eingehend erörtert. Es kommen in Betracht: Innere Einklemmung, Ileus, Gallenblasenempyem, Pyosalpinx und Hämatosalpinx dextr., Extra-uterin-Gravidität, Volvulus, Nieren- und Gallensteinkolik, Pankreaserkrankungen, zuweilen sogar rechtsseitige Coxitis und Psoasabscess. B. ist ein begeisterter Anhänger und Verfechter der Frühoperation und kann glänzende Resultate ins Feld führen, da er von den Fällen, die er 12 Stunden nach Beginn der ersten Attacke operirte, keinen verloren hat. Der Appendicitis kommt seiner Überzeugung nach von vorn herein ein rein chirurgischer Charakter zu. Opium und Eisbehandlung schaffen nur palliativen Nutzen. Ersteres soll nie vor Sicherstellung der Diagnose gegeben werden, eine Laparotomie ist stets indicirt und dem Pat. schon nach dem ersten Anfalle auf das dringendste anzurathen; stellen sich derselben zunächst unüberwindliche Hindernisse entgegen, so ist sie, wenn irgend möglich, noch später vorzunehmen. B. macht einen sehr langen Hautschnitt in einer Linie, die man sich von der Symphyse nach dem vorderen Ende der 11. Rippe gezogen denkt, also in der Richtung der Fasern des Obliquus externus; Obliquus externus und transversus werden ebenfalls entsprechend ihrem Faserverlaufe und zwar stumpf getrennt, so dass unter der Längswunde eine Querwunde entsteht; der Rectus mit seiner Scheide kommt gar nicht in Betracht, Hernien können sich nicht bilden, zur Naht und Unterbindung wird ausschließlich Formalinkatgut verwandt. Bei der Appendikotomie wird mit Jodoformgaze drainirt. Auch in den verzweifeltsten Fällen bildet die Operation die einzige Chance für den Pat. Alle weiteren Einzelheiten in der Operationstechnik, so wie die Details der anatomischen und symptomatologischen Darstellung sind im Originale nachzulesen. **Stoeckel** (Bonn).

14) **Pincus** (Danzig). Nachträgliches zur Diskussion über Atmokausis auf der Düsseldorfer Naturforscherversammlung.

(Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. IX. Hft. 3.)

P. giebt seine Ausführungen gewissermaßen als Schlusswort der Diskussion, welcher er nicht anwohnen konnte. Er polemisirt gegen Arendt, Schlutius, Dührssen u. A. und weist auf die Vorzüge seines nunmehr definitiv konstruirten, von Hahn und Löchel in Danzig gefertigten Apparates hin. Er hält die Methode für besonders werthvoll, »da sie eine Dosirung der Ätzwirkung« gestatte. Er glaubt auch, dass solche Misserfolge, wie der von Treub publicirte Todesfall, nichts gegen dieselbe beweisen können.

Die Lektüre des Originals kann durch ein Referat nicht ersetzt werden.

Roesing (Hamburg).

15) **M. Freund** (Frankfurt a/M.). Stypticin, ein neues Hämostaticum.

(Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. IX. Hft. 3.)

F. konstatirt, dass das auf seine Veranlassung angewandte salzsaure Narkotin sich wegen seiner Billigkeit empfehle und in seiner Wirkung manchem anderen Mittel überlegen gezeigt habe. Es ist nicht giftig und wirkt auch gut bei den durch entzündliche Adnexerkrankungen bedingten Blutungen. Auch bei solchen ohne anatomischen Befund bewährte es sich. Die übliche Dosis ist 0,05 in den Tabletten von Merck mehrmals täglich. Wünschenswerth sind F. noch weitere Publikationen über die Erfolge bei Hämoptoë etc. **Roesing** (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. **Sonnabend, den 17. Februar.** **1900.**

I. Beitrag zur Bedeutung der Appendicitis für den Geburtshelfer und Gynäkologen[1].

Von
Dr. **Otto Falk**,
Frauenarzt in Hamburg.

Über die im Allgemeinen ungünstige Prognose, welche die Komplikation einer Gravidität mit Appendicitis giebt, sind die diesen Gegenstand bearbeitenden Autoren einig, wenn sie auch in Bezug auf die Erklärung dieses Faktums so wie in Hinsicht auf die Beziehungen beider Zustände zu einander differenter Meinung sind.

Sonnenburg hält die Gefahren einer Appendicitis während der Schwangerschaft und besonders zur Zeit des Geburtsaktes für ganz besonders große.

Fowler gelangte auf Grund von 4 selbst beobachteten und von aus der Litteratur gesammelten Fällen zu der Anschauung, dass Appendicitis, die während der Schwangerschaft eintritt, unfehlbar Abort mit tödlichem Ausgange verursache.

[1] Vortrag, gehalten in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg 1899.

In seiner 1897 aus der Chrobak'schen Klinik erschienenen Arbeit über Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit eitrigen Entzündungen des weiblichen Genitales und benachbarter Organe schließt sich Hlawacek der eben citirten Ansicht Fowler's an, da er aus der Litteratur unter 13 Fällen von Komplikation der Gravidität mit Appendicitis 11 mal einen letalen Ausgang verzeichnet.

In demselben Jahre (1897) sprach sich P. Mundé (New York) auf der in Washington tagenden Gesellschaft für Gynäkologie dahin aus, dass eine Entzündung des Wurmfortsatzes zur Zeit der Schwangerschaft meistens Abort oder Frühgeburt zur Folge habe. Er wies darauf hin, dass die Mortalität des perityphlitischen Abscesses in der Schwangerschaft eine große sei. Als Beweis hierfür erwähnt er eine Statistik von Abraham, der unter 17 Fällen 5 Fälle von katarrhalischer Appendicitis während der Schwangerschaft ohne Operation ausgeheilt anführt, dagegen von 12 Fällen von Appendicitis mit Eiterung während der Schwangerschaft 11 Operationen und 7 Todesfälle berichtet.

Hlawacek führt als besonders seltene Fälle die von Michie und Hirst an, in denen durch frühzeitige Operation Frauen mit perforirtem Wurmfortsatze und Abscessbildung in seiner Umgebung gerettet worden sind.

E. Fränkel fügt diesen noch einen analogen Fall von Krafft hinzu[2].

Von den selbstbeobachteten Pat., über die uns E. Fränkel (Breslau) in einem klinischen Vortrage: »Die Appendicitis in ihren Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie« berichtet, ist die eine unoperirt gestorben, 3 sind trotz rechtzeitiger Operation gestorben und nur eine, die ohne zuvor gestellte Diagnose operirt wurde, ist mit dem Leben davon gekommen und genesen.

Und erst in diesem Jahre berichtete P. Segond in der Gesellschaft für Geburtshilfe, Gynäkologie und Pädiatrie zu Paris über 1 Fall von Appendicitis im 5. Monate der Schwangerschaft, welcher trotz Incision, Entleerung des Eiters und Resektion des nekrotischen Wurmfortsatzes nicht gerettet wurde. Die betreffende Pat. abortirte und starb 2 Tage post operationem.

M. H. Unter Berücksichtigung der angeführten Daten mögen Sie es mir gestatten, Ihnen an dieser Stelle über eine glücklich verlaufene Operation eines perityphlitischen Abscesses bei einer im 6. Monate graviden Frau zu berichten; zumal da dieser Fall in diagnostischer Hinsicht des Interessanten nicht ermangelt[3].

---

[2] Die beiden von E. Fränkel citirten Fälle von Gerster sind von mir in der Abraham'schen Statistik berücksichtigt.

[3] Ich bemerke an dieser Stelle, dass ich die angeführten Fälle während meiner Thätigkeit als Assistent der Großherzogl. Universitätsfrauenklinik zu Jena erlebt habe, und dass mir die Publikation derselben durch die Güte meines ehemaligen Chefs, des Herrn Geh.-Rathes Schultze, gestattet worden ist.

Die 34jährige Pat., die sich Anfang März 1897 im 6. Monate ihrer 7. Gravidität befand, war niemals krank gewesen und hatte ihrer Angabe nach niemals an Schmerzen im Leibe oder Darmstörungen gelitten. Sie hatte 14 Tage bevor ich konsultirt wurde, nach Emporheben eines schweren Gegenstandes vom Erdboden einen plötzlichen, heftigen Schmerz im Unterleibe verspürt, so dass sie sich ohnmächtig fühlte. 3 Tage hat sie sich mit ihren Schmerzen, die sich besonders in der rechten Seite des Unterleibes lokalisirten, hingeschleppt, und sich dann erst, als sie Hitze und Frost bekam, ins Bett gelegt. Stuhlgang will sie stets gehabt haben. Erst seit 24 Stunden soll die Darmthätigkeit danieder liegen und keine Winde mehr abgehen; auch soll der Leib seitdem überall schmerzen.

Der objektive Befund, den ich bei meiner Ankunft erheben konnte, war folgender: Sehr entkräftete, fiebernde Frau. Temperatur 38,6° C. Puls 140 in der Minute, celer und parvus. Abdomen der Pat. stark aufgetrieben, überall druckempfindlich. Links vom Nabel ist zwischen diesem und dem linken Rippenbogen ein rundlicher Tumor von mäßig fester Konsistenz, entsprechend einem kindlichen Steiße, scheinbar direkt unter den Bauchdecken liegend, palpabel. Die Perkussion des Abdomens ergiebt, dass über der rechten Leistenbeuge eine Dämpfung sich nach oben erstreckt, die von der Leberdämpfung nicht zu trennen ist. In der Medianlinie ragt die Dämpfung von der Symphyse bis etwa fingerbreit über Nabelhöhe, erstreckt sich aber noch in die linke Unterleibsseite hinein. Tympanitischen Schall erhält man nur in der Regio epigastrica und in etwa 2fingerbreiter Zone über dem linken Lig. Poupartii. — Auf der rechten Seite des Unterleibes kann man im Bereiche der Dämpfungszone nicht sehr deutliche Fluktuation nachweisen.

Die innere Untersuchung ergiebt eine in der Mitte des Beckens stehende Vaginalportion von mäßiger Auflockerung mit einem quergespaltenen, nur der Fingerkuppe das Eindringen gestattenden Muttermunde. Bewegungen der Portio nach allen Seiten sehr schmerzhaft. Die Vaginalgewölbe nirgends vorgetrieben. Bei Druck gegen das rechte Gewölbe werden lebhafte Schmerzen geklagt. Jedoch ist ein Tumor daselbst nicht palpabel. Durch das vordere Scheidengewölbe tastet man besonders deutlich ein kleines Händchen, während durch das hintere Vaginalgewölbe ein harter, runder, einem kindlichen Kopfe entsprechender Körper ganz dicht hinter der Vaginalwand zu tasten ist, der dem explorirenden Finger ausweicht. Eine bimanuelle Palpation ist wegen der großen Empfindlichkeit der Pat. ausgeschlossen. Es konnten bei meiner ersten Untersuchung weder kindliche Herztöne noch Kindsbewegungen wahrgenommen werden.

Die Anamnese sowohl als auch der erhobene Befund ließen mich zunächst an eine rupturirte Extra-uterin-Gravidität denken, eine Diagnose, die auch der behandelnde Kollege gestellt hatte. Allein verschiedene Punkte ließen sich doch mit jener Annahme nicht vereinbaren. Besonders auffallend war für mich, dass die Vaginalgewölbe nirgends von Tumormasse belastet waren. Auch war es mir nicht gelungen, ein Corpus uteri isolirt zu tasten.

Die 2. Untersuchung, die ich 12 Stunden später in Narkose vornahm, klärte mich vollends auf. Es ließ sich mit Sicherheit konstatiren, dass das Kind lebte und in utero gelegen war. Die besonders schlaffen Wände der Gebärmutter ließen den bekannten Konsistenzwechsel deutlich erkennen. — Der Uterus lag in toto in der linken Unterleibsseite. — Die Dämpfung rechts vom Uterus erwies sich als hervorgerufen durch eine Flüssigkeitsansammlung unterhalb der Bauchdecken, da die Fluktuation jetzt deutlich zu konstatiren war.

Ich schritt nun sofort zu einer breiten Eröffnung des in der rechten Regio iliaca gelegenen Abscesses. Über 2 Liter stinkender Jauche entleerten sich. Die eingeführte Hand konstatirte das Heraufreichen der Eiterhöhle bis an die Niere sowie ihr Herabreichen bis in das kleine Becken. Gegen die freie Bauchhöhle zu war eine schmutziggraue, mit fetzigen Belägen versehene, recht dünne Wand wahrzunehmen, die zum Theil aus verklebten Darmschlingen zu bestehen schien. Ein in die Höhle hereinragendes 4 cm langes, morsches, bleistiftdickes Gebilde imponirte als nekrotisirter Wurmfortsatz und wurde nach Abbinden entfernt. Nach Anlegen einer Gegenöffnung Zwecks besserer Drainage des Abscesses rückenwärts

nahe dem unteren Rande der letzten Rippe, wurde ein zweckentsprechender Verband applicirt. (Jodoformgazestreifen in die Abscesshöhle.)

Sogleich nach der Entleerung des Eiters legte sich der zuvor stark nach links gedrängte Uterus wieder median.

Die Nachbehandlung war in Anbetracht des ländlichen Wohnsitzes der Pat. eine ziemlich schwierige, wurde aber von dem behandelnden Kollegen in uneigennützigster Weise besorgt.

P. wurde sehr bald fieberfrei und hat $3^1/_2$ Monate nach jener Operation am Ende ihrer Schwangerschaft einem gesunden Kinde das Leben geschenkt. Sie stellte sich mir bald nach Ablauf des Puerperiums absolut gesundet wieder vor. Die Wunden waren fest geschlossen und keinerlei Störung wies mehr auf die überstandene, schwere Erkrankung zurück.

Epikritisch betrachtet, verdient es in diesem Falle besonderer Erwähnung, dass die Anamnese keineswegs eindeutig, dass der zuerst erhobene Befund sehr wohl für eine geplatzte Extra-uterin-Schwangerschaft mit abgesackter Hämatocelenbildung, die nachträglich in Zersetzung übergegangen war, sprechen konnte. Wenn man berücksichtigt, wie sehr die Untersuchung durch den erheblichen Meteorismus so wie die ganz beträchtliche peritoneale Empfindlichkeit behindert war, so wird man die Unmöglichkeit, sofort die richtige Diagnose stellen zu können, begreifen. Erst die Narkosenuntersuchung per rectum lieferte den Nachweis, dass das Kind in utero gelegen, und ermöglichte die in diesem Falle einzig und allein indicirte Therapie der Eröffnung des perityphlitischen Abscesses von den Bauchdecken aus.

Auf die Schwierigkeit einer Diagnose der Appendicitis während der Schwangerschaft und Geburt macht besonders E. Fränkel in der oben citirten Vorlesung aufmerksam.

Auch erwähnt er, dass die Anamnese oft im Stiche lässt. Die sonst für Appendicitis charakteristischen, in der rechten Fossa iliaca lokalisirten Schmerzen können nach Fränkel als plötzlich einsetzende, sehr schmerzhafte Wehen, wie sie z. B. bei Primiparen nicht selten auftreten, maskirt werden. Erbrechen kann in gleicher Weise die Geburtsthätigkeit einleiten, wie es auch im Beginne einer Appendicitis auftreten kann. Die Aufnahme des objektiven Befundes kann erschwert sein durch die Größe des graviden Uterus, der sowohl die Palpation wie die Perkussion resultatlos machen kann. Fränkel schreibt: »Meist ist weder eine deutlich vom Uterus abgrenzbare Dämpfung oder ein Tumor, noch viel weniger, — wie dies sonst wohl möglich, — sind die Umrisse des verdickten, als walzenförmiger Strang sich anfühlenden Appendix nachweisbar«.

Wie in meinem Falle, so ist meistens der vaginale Palpationsbefund ein negativer. Wo es möglich ist, in Narkose eine Untersuchung kombinirt per rectum, vaginam und den Bauchdecken aus vorzunehmen, dürfte sich in vielen Fällen per exclusionem eine Diagnose stellen lassen.

So konnte auch ich durch dieses Verfahren, welches seit dem Ende der 60iger Jahre in der Jenenser Klinik sehr viel geübt

wird[4], zu einem Ausschließen der vermutheten Extra-uterin-Gravidität gelangen.

Von Sonnenberg ist als differentialdiagnostisches Mittel Lufteinblasen in den Darm empfohlen worden und E. Fränkel macht darauf aufmerksam, dass bei linker Seitenlagerung der Pat. der gravide Uterus nach links übersinkt und eine tympanitische Schallzone zwischen sich und dem gewöhnlich unbeweglichen perityphlitischen Exsudate entstehen lässt.

Wie sehr aber alle diese diagnostischen Zeichen im Stiche lassen können, habe ich unlängst erfahren.

Vor etwa 3 Monaten wurde ich von einem Kollegen konsultirenderweise zu einer Kranken gerufen. Es war eine im 5. Monate gravide 3Geschwängerte, die schon seit 2 Jahren wiederholentlich Anfälle von Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend gehabt haben wollte. Jetzt hatte sie vor 2 Tagen, nachdem sie mit großem Appetite ein ziemlich schwer verdauliches Gericht genossen hatte, plötzlich wieder dieselben Schmerzen gespürt. Es hatte sich sehr bald Erbrechen eingestellt und der Abgang von Winden hatte sistirt. Trotz Applikation von Klystieren und Gaben von Laxantien war kein Stuhl zu erzielen gewesen. Ich fand die Frau mit leicht erhöhter Temperatur und mäßig kräftigem Pulse. Sie gab an, dass die Schmerzen wehenartig aufträten, immer aber in der rechten Seite lokalisirt wären. Das Abdomen war erheblich aufgetrieben, überall und besonders im rechten Hypogastrium sehr druckempfindlich. Eben daselbst war eine undeutliche Resistenz mit scheinbar tiefer Fluktuation wahrzunehmen. Der Uterus mit seinem Fundus in Nabelhöhe wich in linker Seitenlagerung etwas nach links ab und ließ eine schmale Zone tympanitischen Schalles zwischen sich und dem Tumor, über welchem Dämpfung war, entstehen. Per vaginam nichts Abnormes zu tasten.

Befund und Anamnese ließen mich abgesackten perityphlitischen Abscess annehmen. Da es mir als Assistenten der gynäkologischen Universitätsklinik zu Jena nicht erlaubt war, rein chirurgische Fälle zu operiren, musste ich den Fall der chirurgischen Klinik überlassen. Dort wurde durch den Geh.-Rath Riedel meine Diagnose bestätigt. Derselbe incidirte in typischer Weise über dem rechten Ligamentum Poupartii. Nach Eröffnung des Peritoneums floss etwas blutig-seröse Flüssigkeit ab, und dann präsentirte sich ein braunrother prallelastischer Tumor, der sich als das ca. 10 cm Durchmesser fassende, cystisch entartete und von Hämorrhagien durchsetzte rechte Ovarium herausstellte. Dasselbe war an seinem langausgezogenen Stiele um 360° torquirt und mit der vorderen Bauchwand leicht adhärent. Pat. ist glatt genesen, wie mir der Geheimrath Riedel mitgetheilt hat.

---

[4] Siehe B. Schultze, Über Palpation der Beckenorgane etc. Jenaische Zeitschrift 1870. Bd. V. p. 113ff.

In diesem Falle hatte nicht nur die Anamnese, sondern auch der objektive Befund auf eine Perityphlitis hingewiesen. Auffallend war nur der verhältnismäßig gute Puls und die nur wenig erhöhte Körpertemperatur.

Wenn die beiden angeführten Fälle als Beispiele dienen können, welchen Schwierigkeiten sehr oft die Erkennung einer Appendicitis bei der schwangeren Frau begegnen kann, so war ich jüngst in der Lage, mich von der Unmöglichkeit zu überzeugen, eine Betheiligung des Processus vermiformis bei Adnexerkrankungen der weiblichen Genitalien jedes Mal zu erkennen.

Es handelte sich um eine 24jährige Frau, die vor 2 Jahren eine normale Entbindung durchgemacht hatte. Sie war wieder regelmäßig menstruirt gewesen bis vor 8 Wochen. Dann war die Regel 1mal ausgeblieben. 2 Wochen vor ihrer Aufnahme in die Klinik hatte eine Blutung begonnen und es war eine Haut (sic!) abgegangen. Die Blutung sistirte danach nicht. Pat. war recht anämisch, hatte stets normale Temperaturen, normale Darmfunktion. Der Uterus war von weicher Konsistenz, deutlich vergrößert. Rechts von ihm lag in unmittelbarem Zusammenhange mit der rechten Tubenecke ein prallelastischer, etwas druckempfindlicher, walzenförmiger, mannsfaustgroßer Tumor.

Da bei 2wöchentlicher Beobachtung der blutige Ausfluss ex genitalibus nicht sistirte, der Tumor in der rechten Beckenhälfte eher wuchs als kleiner wurde, — so wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Extra-uterin-Gravidität gestellt und am 25. August 1899 von mir zur Laparotomie geschritten. Dabei wurde konstatirt, dass es sich um eine Pyosalpinx handelte, die mit dem in Schwarten eingebetteten und durch entzündliche Infiltration seiner Wandungen verdickten Wurmfortsatze innig verlöthet war. Bei dem Versuche, den Processus stumpf abzulösen, büßte derselbe an mehreren Stellen sein Peritoneum ein, und erwies sich in toto als so morsch, dass eine Exstirpation desselben lege artis vorgenommen werden musste.

Ich bemerke nochmals, dass die Frau niemals Darmstörungen, niemals Temperaturerhöhung gehabt haben wollte.

Es bestätigte sich mithin der von A. Martin in seinem Werke über die Krankheiten der Eileiter angeführte Satz, er habe regelmäßig die für die Typhlitis charakteristischen Störungen der Darmfunktionen für die differentielle Diagnose verwerthen können, hier nicht. Es erwies sich der Wurmfortsatz als schwer entzündlich erkrankt. Besonders häufig scheint übrigens eine solche Komplikation rechtsseitiger Adnexerkrankungen mit Appendicitis nicht zu sein. Dem oben citirten Werke A. Martin's entnehme ich, dass er bei 171 Operationen rechtsseitiger Sactosalpingen und 276 doppelseitigen doch nur 6mal eine derartige Verwachsung resp. nähere Beziehung des Processus vermiformis mit der tubaren Geschwulst angetroffen hat, so dass er ihn hätte abtragen müssen, während er ihn in 7 weiteren Fällen einfach abschieben konnte.

Dührssen berichtete allerdings auf dem letzten Chirurgenkongresse, er habe während des letzten $1^1/_2$ Jahres bei 322 Laparotomien in 10 Fällen den Wurmfortsatz erkrankt gefunden, und Ochsner-Chicago theilt im Julihefte des Journ. of the Amer. med. assoc. mit, er habe unter 51 im Jahre 1898 operirten Fällen von primärer Appendicitis bei Frauen 15mal sekundäre Erkrankungen der Adnexa

weder die Adnexa primär,
afficirt, dass eine

wenig
er-

i-
er-

gnose
einer,
enken,
die peri-
gen aber
nnen, wie

t und Geburt mit
r Organe. Monats-
1.
zur Geburtshilfe und
November. Daselbst

icitis in ihrer Beziehung
atte für Gynäkologie 1897.

m 4. Monate der Schwanger-
etc. zu Paris. Monatsschrift

hen Behandlung atoni-
atungen.

arzt in Tannwald.

aturforscher und Ärzte zu
ndt zur Behandlung atoni-
ttels Kugelzangen an den

gie 1898. No. 41

Muttermundslippen herabzuziehen. Ich bin in der Lage, folgenden Fall mitzutheilen, bei dem mittels dieses einfachen Verfahrens eine Frau vom sicheren Verblutungstode gerettet wurde.

J. S. 38jährige Glaswaarenerzeugerswittwe, bisher stets gesund gewesen, seit dem 17. Lebensjahre regelmäßig 4wöchentlich, 2—3tägig, mäßig, ohne Beschwerden menstruirt. In ihrer Ehe mit dem an Lungentuberkulose verstorbenen Manne von 1882—1894 hatte sie 4mal leicht geboren, Wochenbetten normal. 3 Kinder leben und sind gesund, eines starb am ersten Tage an unbekannter Krankheit. Seit 3 Jahren lebt sie mit einem Glasmacher und hat im August 1897 ein 5. Mal geboren, Zangengeburt. Das Kind lebt und ist gesund. Wochenbett normal. 8 Wochen nach der Geburt stellten sich die Regeln wieder ein (das Kind wurde künstlich genährt), dieselben waren etwas stärker wie früher, 4—5tägig. Seitdem auch leichter weißer Ausfluss. Bei ihrer Aufnahme in das hiesige Bezirkskrankenhaus am 13. November 1899 gab sie an, im 3. Monate schwanger zu sein und seit 3 Wochen, seit dem 22. Oktober, an unregelmäßigen Blutungen zu leiden. Sie ging trotzdem ihren häuslichen Beschäftigungen nach und konsultirte erst vor einer Woche, als sie sich schon recht matt fühlte, einen Arzt, der sie 3mal tamponirte, kalte Umschläge und Ruhelage verordnete und da die Blutungen immer wieder eintraten, ins Krankenhaus wies. Sie klagt über sehr große Schwäche, Schwindel und Appetitlosigkeit.

Große, kräftige Frau, Hautdecken und sichtbare Schleimhäute sehr blass. Gang unsicher. Brustorgane normal. Uterus bis fast 2 Querfinger unterhalb des Nabels reichend, weich. Am äußeren Genitale ein alter inkompleter Dammriss, Scheideneingang bläulich verfärbt. Scheide weit, glatt. Portio bläulich verfärbt, aufgelockert. Cervicalkanal für den Finger durchgängig, innerer Muttermund geschlossen. Momentan keine Blutung.

Nach dem Stande des Uterus war entweder die Angabe über die Dauer der Schwangerschaft unrichtig oder es konnte sich um eine Molenschwangerschaft handeln. Nach der Genesung gab sie dann später an, im Monate Juni die letzten Regeln gehabt zu haben, was auch den thatsächlichen Verhältnissen entsprach.

Strenge Ruhelage. In der Nacht abermals Blutung. Die Frau erklärt, Kindsbewegungen zu spüren.

Tamponade der Scheide. Abermals Blutung, hauptsächlich in der Nacht. Die Schwäche nimmt zu. Einführung eines Laminariastiftes durch den geschlossenen Muttermund, Tamponade der Scheide. Keine Wehen, in der Nacht wieder Blutung. Am nächsten Tage ist der Muttermund knapp für einen Finger durchgängig. Man fühlt über dem inneren Muttermunde eine glatte Eiblase, deren unterer Pol vollständig vom Uterus gelöst ist und ziemlich weit vom Muttermunde absteht. Die Frau giebt an, keine Kindsbewegungen mehr zu spüren. Tamponade der Cervix mittels Jodoformgaze und der Scheide mittels Kolpeurynter. Keine Wehen, in der Nacht wieder Blutung. Einführung des Kolpeurynters in den Uterus, Tamponade der Scheide. Keine Wehen, abermals Blutung in der Nacht.

Am 22. November wird nun in Narkose die Ausräumung des Uterus vorgenommen. Der Kolpeurynter wird langsam durch die Cervix durchgezogen. Der innere Muttermund ist nun für knapp 2 Finger durchgängig, sehr straff, wird allmählich gedehnt bis 3 Finger durchgehen. Nach Extraktion einer todten Frucht stellt sich eine 2. Fruchtblase ein. Es handelt sich um eine zweieiige Zwillingsschwangerschaft im 5. Monate mit einer männlichen und einer weiblichen Frucht, beide abgestorben. Extraktion der 2. Frucht, Lösung der Placenta und vollständige Entfernung derselben in großen Stücken. Der Uterus ist vollständig entleert, an demselben keine Verletzung. Die Blutung während der Ausräumung ist eine mäßige, heiße Ausspülung mit Karbollösung, Ergotininjektion. Der Uterus kontrahirt sich ziemlich gut und die Blutung steht vollkommen. Nachdem der Uterus selbst auf intra-uterine Kolpeuryse nicht mit Wehen reagirt hatte,

war ich auf das Eintreten atonischer Blutung gefasst gewesen und besorgte dieselbe auch fernerhin noch. Desshalb wird Uterus und Scheide fest mit Jodoformgaze tamponirt. Es werden 300 ccm Kochsalzlösung subkutan und 2 Spritzen Kampferöl injicirt. Die Frau kommt in ein gewärmtes Bett. Nach ca. 1 Stunde wird mir gemeldet, dass die Pat. abermals ziemlich stark blutet. Dieselbe kommt sofort wieder auf den Operationstisch, abermals heiße Uterusirrigation und Ergotininjektion. Uterus kontrahirt sich nicht gut, es blutet zwar schwach aber kontinuirlich fort. Die Pat. kollabirt, es bricht kalter Schweiß aus und stellen sich wiederholte Ohnmachten ein. Sie beginnt irre zu reden und stöhnt viel. Puls an der Radialis nicht zu fühlen. Die Tamponade nach Dührssen zu wiederholen, schien mir nach dem Vorhergehenden ganz zwecklos. Ich fasse daher den Uterus mittels zweier Muzeux'scher Zangen an den Muttermundslippen und ziehe ihn herab, sofort steht die Blutung. Beim Nachlassen des Zuges tritt sie jedoch wieder ein. Es wird daher mittels eines Fadens ein Gewicht an die Muzeux'schen Zangen angebracht und über eine Stuhllehne geleitet, welches den Uterus leicht angezogen erhält. Die Portio steht über dem Scheideneingange, ist nicht von außen zu sehen. Die Muzeux'schen Zangen werden innerhalb der Scheide mit Jodoformgaze umgeben. Das Gewicht beträgt nicht ganz 1 kg. Die Pat. bekommt nun zwei subkutane Kochsalzinfusionen von zusammen 700 g, ein Salzwasser-Klysma und mehrere Kampferinjektionen und bleibt in diesem Zustande unter fortwährender Kontrolle mit warmen Decken zugedeckt ca. 4 Stunden am Operationstische liegen. Sie erholt sich nun langsam, erlangt allmählich wieder das volle Bewusstsein, stöhnt jedoch fort und fühlt sich todtenübel. Wein, schwarzer Kaffee etc., welchen sie gierig trinkt, erbricht sie wieder. Der Radialispuls wird wieder tastbar, ist fliegend. Ich lasse das Bett neben den Operationstisch stellen, lege die Kranke über und lasse nun den Zug nicht wirken. Nach einer Weile zeigt sich wieder eine leichte Blutung. Der Gewichtszug wird wieder angebracht und bleibt nun die Nacht über bestehen. Die Frau bekommt noch einige Kampferinjektionen, Wärmflaschen ins Bett, das Fußende des Bettes wird erhöht. Den nächsten Tag werden die Muzeux'schen Zangen entfernt. Die Pat. erholt sich nun langsam, der Puls wird besser, die Unruhe weicht. Sie klagt über sehr starken Durst. Am 3. Tage Nachmittags leichte Temperatursteigerung bis 37,9, vom 5. wieder ganz fieberfrei. An der Ansatzstelle der Muzeux'schen Zangen stoßen sich kleine nekrotische Stellen ab, daher die leichte Temperatursteigerung, die auf Scheidenausspülungen sofort zurückgeht. Nach 14 Tagen steht die Pat. auf.

Warum der Uterus selbst durch intra-uterine Kolpeuryse nicht zur Wehenthätigkeit angeregt werden konnte, weiß ich nicht anzugeben. Man könnte vielleicht annehmen, dass die in Folge der fast 4 Wochen dauernden Blutungen entstandene Anämie und die dadurch bedingte nicht genügende Ernährung der Uterusmuskulatur dies verschuldete. Auffallend war auch die Straffheit des inneren Muttermundes. Die Blutungen waren bedingt durch die theilweise Lösung der Eihäute, jedenfalls in Folge vorausgehender Endometritis. Vielleicht trug der Umstand bei, dass die Frau zu Hause ziemlich schwer arbeiten musste. Ob in einer späteren Schwangerschaft ähnliche Zustände wieder eintreten werden, lässt sich nicht vorausbestimmen. Wahrscheinlich kann sie ein nächstes Mal ganz gut austragen und gebären. Immerhin wäre es von Interesse, den Verlauf der nächsten Schwangerschaft und Geburt zu erfahren.

Zur Stillung der atonischen Uterusblutung hätte man nur noch an die Uterusexstirpation denken können, doch glaube ich nicht, dass die Pat. diesen Eingriff lebend überstanden hätte. Es wäre

dies hier nebenbei bemerkt auch in so fern von großer Bedeutung gewesen, als die Frau alle Vorbereitungen zur Heirath getroffen hatte. Meiner Ansicht nach darf man den Uterus künftighin aus dieser Indikation allein überhaupt nicht mehr exstirpiren, wenn die Blutung auf diese einfache Weise zum Stehen gebracht werden kann.

Arendt giebt an, dass die Blutungen nach einigen Zügen des Uterus nach abwärts nicht mehr eintreten. »Das Verfahren stillt aber nicht allein auf der Stelle die Blutung, sondern ruft auch sofort Uteruskontraktionen hervor und verhindert das Wiederauftreten der Erschlaffung[2].«

In meinem Falle beobachtete ich bei Nachlassen des Zuges wiederholt erneute Blutung. Ob es sich dabei vielleicht nur um Abfluss schon vorhandenen Blutes handelte, das beim Nachlassen des Zuges günstigen Ablauf fand, kann ich nicht bestimmen, da ich in dem Falle, den ich schon fast verloren gab, keinen Tropfen unnütz abgehen lassen durfte. Übrigens fand sich nach Abnahme der Muzeux'schen Zangen kein angesammeltes Blut vor und glaube ich auch, dass das Blut auch während des Zuges immer ungehinderten Abfluss gefunden hätte.

Ich hoffe, dass mittels dieser Methode alle atonischen Blutungen gestillt werden können. Eben so halte ich sie für anwendbar bei Blutungen nach Geburtsverletzungen des Uterus (Cervixrisse, Schleimhautverletzungen der Gebärmutter), wo die Naht oder Tamponade nicht ausreicht oder aus irgend welchen Gründen nicht gemacht werden kann. Doch dürfte in diesen Fällen wohl immer der permanente Zug durch längere Zeit nöthig sein.

Ich empfehle hiermit diese Methode allen Fachgenossen zur Anwendung.

III. Nochmals die Atmokausisfrage und die Münchener Diskussion.

Von

Ludwig Pincus in Danzig.

Es war meine Absicht, auf keinerlei Angriffe mehr zu reagiren, woher immer sie kommen. Zu meinem Bedauern darf ich jedoch die Ausführungen Flatau's (diese Zeitschrift 1900 No. 3) nicht unerwidert lassen. Wer hat provocirt? Man lese Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. X p. 351.

Zunächst sei ausdrücklich betont, dass ich mich allerdings für verpflichtet halte, die Sache der Atmokausis litterarisch zu vertreten. Wer die Litteratur des Gegenstandes kennt, wird mir beipflichten. Fast in allen meinen Abhandlungen habe ich jedoch selbstverständlich die Verdienste Snegirew's primo loco voll gewürdigt. »Mir

---

[2] Centralblatt für Gynäkologie 1898. No. 41. p. 1123.

hat bei meinen Bemühungen nur vorgeschwebt, den genialen Gedanken Snegirew's für die Praxis verwerthbar zu gestalten[1].« Wie oft ist es schon dagewesen, dass eine Methode von Einem erfunden und erst von Andern eingeführt ist! Dass ich nicht der Erfinder bin, kann ich doch unmöglich jedes Mal wiederholen!

Herrn Flatau habe ich brieflich und in München persönlich vergeblich gebeten, seine Ausführungen über Abortbehandlung richtig zu stellen, damit ich es nicht nöthig hätte, zu erwidern.

Hier das Citat aus meiner Abhandlung vom 20. Februar 1897 (Centralbl. f. Gynäkol.), auf welches Flatau ausdrücklich hinweist: »Im Gegensatze zu Kahn habe ich jedoch meist ohne Rücksicht auf den Inhalt des Uterus die Vaporisation sofort in Anwendung gezogen. Nur 2mal entfernte ich vorher durch stumpfes Lösen und folgenden, bimanuellen Druck die in toto zurückgebliebene Placenta. Ich ließ in den übrigen Fällen den Dampf $^1/_2$ Minute einwirken, entfernte dann mit der stumpfen Curette etwaige Bröckel und ließ schließlich den Dampf noch 1 Minute[2] einströmen«. Heißt das: »inficirte Molenreste nicht zu entfernen«?! Ist ein Missverständnis möglich? Auch dann noch, wenn der Autor den interpretirenden Opponenten ausdrücklich darauf hinweist, wie der Satz zu verstehen ist?!

Auch von meinen übrigen Bemerkungen habe ich absolut Nichts zurückzunehmen. Alles, was ich geschrieben habe, vertrete ich und werde ich vertreten. Ich bedauere nur, dass Flatau sich persönlich verletzt fühlt. Das war nicht meine Absicht.

Nun die Münchener Diskussion. Die Sache liegt wesentlich anders, als sie hier erscheinen muss. Flatau citirt besonders Herrn v. Herff. Herr v. Herff hat mir aus eigener Initiative in München gesagt, dass seine Diskussionsbemerkungen seiner Auffassung über die Atmokausis nicht gerecht werden. Und auf meine bezügliche Frage: »Selbstverständlich werde ich die Methode weiter anwenden«. Ich bin ermächtigt worden, dies öffentlich zu erklären.

Auch Herr v. Guérard hat mich ermächtigt, zu erklären, dass er mit meiner Darstellung vollkommen einverstanden ist.

Wenn Herr Krönig in München an der Hand des Snegirewschen Apparates sich gegen die Methode ausgesprochen, so wurden meine Ausführungen dadurch allerdings nicht getroffen. Zu meiner Freude erkenne ich, dass Krönig die Frage völlig unparteiisch beurtheilt. Denn derselbe hat sich bald nach der Münchener Tagung meinen Apparat kommen lassen.

Und Fritsch schrieb mir noch kurz vor der Münchener Versammlung, dass er für die Atmokausis eintreten werde, weil er bei

[1] Therapeutische Monatshefte 1898, Oktober. — Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 238. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1899 u. A.

[2] Die Zeitdauer der Dampfwirkung bezieht sich auf den ursprünglichen Apparat.

klimakterischen, unkomplicirten Blutungen gute Erfolge gehabt habe. Dagegen halte er die Methode bei der Abortbehandlung für nicht angebracht, weil die bisherige Behandlung völlig genüge. Er werde also bei Aborten die Methode überhaupt nicht anwenden. Bei Myomen habe er keinen Schaden aber auch keinen Nutzen gesehen. Wenn wir aber eine prompter als andere Methoden wirkende bei den lästigen klimakterischen Blutungen erworben hätten, so sei ja das schon wichtig genug, um die Methode nicht zu verwerfen.

Die Zeit in München war sehr knapp bemessen. Es sollte jeder angemeldete Redner zu Worte kommen. Die für die Atmokausis festgesetzte Zeit war um das Doppelte überschritten. Ich selbst konnte das Wort zur Schlussbemerkung nur für »1 Minute« erhalten. Eine ganze Anzahl von Freunden der Methode hat sich, wie ich weiß, aus diesem Grunde überhaupt nicht zum Worte gemeldet!

Hat unter diesen Umständen die Diskussion das wiedergegeben, was für den Fernstehenden von Bedeutung war? Wenigstens hatte Herr v. Steinbüchel, weil sein Vortrag vor der Diskussion gehalten wurde, noch Gelegenheit, seine Beobachtungen mitzutheilen. Und wenn 2 Forscher völlig unabhängig von einander zu demselben Ergebnisse gelangen, handelt es sich dann auch noch um einen intransigenten Standpunkt? Jedenfalls sind für eine therapeutische Methode die therapeutischen Erfolge das Ausschlaggebende.

---

1) **H. Sellheim** (Freiburg i/B.). Topographischer Atlas zur normalen und pathologischen Anatomie des weiblichen Beckens.

Leipzig, **Arthur Georgi**, 1900. 60 Taf. mit einem Textheft.

Hegar stellt im Vorworte als Grundgedanken der Arbeit auf: In Anlehnung an das Hodge'sche Vorgehen mittels Durchschnitten von Ausgüssen normaler Becken in zweckmäßig modificirter Präparation die Topographie der pathologisch veränderten und zwar zunächst der durch eitrige, tuberkulöse und gonorrhoische Infektion entzündeten Beckenorgane zur klaren Anschauung zu bringen. Die Absicht, zuvörderst die normalen Verhältnisse zu studiren, scheiterte am Materialmangel. Hegar weist auf die hohe Wichtigkeit der Arbeit in wissenschaftlicher wie praktisch-diagnostischer und therapeutischer Hinsicht und auf die Fruchtbarkeit der hier angewandten Methode der Darstellung für die Pathologie auch anderer Körperregionen hin.

S. stellt als Kernpunkt des Atlas hin die Darstellung der topographischen Anatomie entzündlicher und eitriger Processe im weiblichen Becken zum Zwecke der Gewinnung sicherer Anhaltspunkte für die operative Behandlung, die bisher schablonenhaft, speciell als vaginale Uterusexstirpation betrieben werde. (Die bisher anatomisch nicht genügend erkannten Entzündungsprocesse der Beckenorgane geben, wie Ref. in seiner Tubenarbeit sich ausgedrückt hat, einen gewissen beruhigenden Kautschukparagraphen ab, unter dessen Schutz

und Gewähr man, wie ein amerikanischer Gynäkolog sich drastisch ausdrückt, allwöchentlich Suppenschüsseln voll ausgeschnittener Uterusanhänge in den gynäkologischen Versammlungen niederlegen darf.) Das Injektionsverfahren ergebe nicht so verlassbare Resultate, wie die Schnittmethode an gehärteten Beckenorganen. Die von S. sehr genau beschriebene Präparation gestatte auch die histologische und bakteriologische Untersuchung der durchschnittenen Organe.

Das Werk bringt auf 60 prachtvoll ausgeführten Tafeln die Abbildungen von Durchschnitten, welche in wohl durchdachter Weise höchst zweckmäßig in verschiedenen senkrecht auf einander gestellten Richtungen durch das Becken gelegt sind, so dass die wichtigsten topographischen Verhältnisse der gesammten Beckenorgane zu klarer Anschauung gelangen. 10 Leichen haben das Material zu diesen Schnitten geliefert. In dem begleitenden Textbuche werden nun die Krankengeschichten, Sektionsprotokolle dieser 10 Fälle und dann eine sehr sorgfältige Beschreibung der Schnitte gegeben. Schon in dem Vorworte hat Hegar die für den Arzt und den Lehrer wichtigsten Punkte der Durchschnitte kurz und treffend hervorgehoben. Selbstverständlich kann hier nicht über jeden einzelnen Fall, ja nicht einmal über einzelne Schnittserien referirt werden. Wen Pflicht und Eifer auf das Studium dieses Gebietes verweist, setze sich an ein ernstes Studium dieses Werkes von gehöriger Dauer und Intensität, wie ich dies als Aufgabe auch für das Buch v. Rosthorn's in meinem Referate hingestellt habe. Ja ich würde empfehlen, beide Werke in der Reihenfolge v. Rosthorn, S. nach einander zu studiren.

Ich will hier nur einige Punkte hervorheben, welche mein besonderes Interesse erregt haben. Wer sich die Vorzüglichkeit der S.'schen Methode und die Höhe der Resultate derselben klar vor Augen führen will, vergleiche seine Taf. I und II mit der Taf. XVIII und XIX des Le Gendre'schen Werkes (Anatomie chirurgicale 1858) und seine Taf. LVIII mit der XVII. des vorgenannten Werkes. Man sieht, wie bei Le Gendre nur die gröbsten Dinge und diese auch in einer der Natur durchaus nicht entsprechenden Darstellung gegeben sind. Als sehr instruktiv hebe ich die Taf. IV und V hervor für die Darstellung der wichtigen Beziehungen der Uterus- und Vaginalblutgefäße zu dem Gebiete der Vasa haemorrhoidalia media; ferner die Taf. IV, V und VI für die Lage der Lymphdrüsen an der hinteren Beckenwand; die Taf. IV—X für die Lage der Ureteren in den verschiedenen Durchschnittshöhen; die Taf. X und XI für die ungemein klare Erkenntnis der Kontinuität der verschiedenen Beckenbindegewebsregionen, das Parametrium mit dem Paracystium und dem Paraproktium; ferner die Taf. VI—X für das Verhalten der Hauptpartien des Ligamentum latum am puerperalen Uterus; man sieht, dass die Entfaltung des Ligamentes durchaus nicht in der dogmatisch vielfach gelehrten Weise stattfindet. Sehr klar wird das sonst bei einfacher Beschreibung sehr schwierig zu verstehende und

oft verwirrende Nebeneinander der perimetritischen und parametrischen Eiteransammlungen in der 3. Schnittserie aufgedeckt, zugleich mit dem hier so wichtigen topographischen Verhalten des Ureters; eben so auf den Taf. XXI—XXIV die Komplikation paraproktitischer Eiterungen mit Perimetritis posterior.

Die Taf. XXV und XXVI bringen eine sehr demonstrative Ansicht von der Gegend der mächtigsten Ausbreitung des Beckenbindegewebes. Dazu kommt die klare Darstellung der mächtigen Ausweitung und Vertiefung der vesico-uterinen Tasche durch Exsudat gegenüber dem verklebten Douglas.

Die Taf. XXVIII—XXXIII bringen sehr instruktive Ansichten von parametritischen und abgekapselten perimetritischen Processen. Bei der Besprechung der 5. Serie hebt Hegar als merkwürdig das Abrücken der Gefäße und des Ureters der linken Seite nach der Mitte des Beckens hervor. Bei genauem Zusehen möchte ich glauben, dass das linksseitige Parametrium in seinen medianen Schichten verdichtet (chronische Parametritis), in seiner lateralen Schicht aber frei ist und dass damit der Uterus mittels der starren parametranen Partie den Ureter und die Gefäße mit sich nach rechts verzieht.

Endlich hebe ich aus der 6. Schnittserie bei der Darstellung hochgradiger Tubarerkrankung komplicirt mit Peri- und Parametritis als höchst wichtig die Darstellung der Perforation der vorderen Rectalwand auf der Taf. XLI hervor. Da der Schnitt etwa $1^1/_2$ cm unter der Linie 2 im Schema gelegen ist, so deckt er nach meinen Erfahrungen die klassische Stelle oberhalb der Kohlrausch'schen Querfalte, auf welche ich in meiner jüngsten Arbeit hingewiesen habe.

Die Taf. XLIV bringt die Paraproktitis zur klaren Anschauung.

Auf die Darstellung der tuberkulösen Processe sei noch besonders aufmerksam gemacht. Dieselbe schließt sich organisch an das klinische Bild der Genitaltuberkulose, welches wir der Hegar-schen Schule verdanken, an.

Dieses Werk ist nicht abgeschlossen; ist diese Art der Bearbeitung der wissenschaftlichen Gynäkologie zum Zwecke der Sicherung von Diagnose und Therapie zweckmäßig, ja die zweckmäßigste, so müssen solcher Arbeit weite Grenzen, die mit den Grenzen des Umfanges dieser klinischen Disciplin zusammenfallen, gesteckt werden. Die S.'sche Arbeit muss der 1. Theil eines großen Werkes sein und wer möchte verkennen, dass der Verf. vortrefflich geeignet ist, dieses Werk zu vollenden; eine junge, in der besten Schule gestählte Kraft, für die Sache begeistert, umgeben von Männern, welche, Jeder nach seinem Vermögen, an Material freundwillig beisteuern. Wir wünschen dem Verf. Ausdauer und Muth, der natürlich durch den Erfolg des Buches auf dem buchhändlerischen Markte vor Allem gehoben wird — ein Erfolg, der auch dem Herrn Verleger, der das Werk so außerordentlich schön ausgestattet hat, dringend zu wünschen ist. Möge die Fortsetzung des Werkes nicht gar zu lange auf sich

warten lassen, damit aus dem topographischen Atlas zur ein Atlas der normalen und pathologischen Anatomie des weiblichen Beckens werde, damit in Erfüllung des Endzweckes solcher Arbeiten verlassbare Grundsätze für die Diagnose und Therapie im ganzen Umfange der Gynäkologie auf der festen Grundlage anatomischer Erkenntnis gezogen werden können. **W. A. Freund** (Straßburg i/E.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 16. Mai 1899.

Vorsitzender: Schauta; Schriftführer: Regnier.

Schauta: Hofrath G. Braun feiert demnächst seinen 70. Geburtstag. In seiner gewohnten Bescheidenheit hat sich derselbe jede festliche Feier verbeten. Doch wollen wir diesen Tag nicht ohne Ehrung von unserer Seite vorübergehen lassen. Es wurde daher im Ausschusse der Antrag gestellt, Hofrath G. Braun zu unserem Ehrenpräsidenten zu ernennen. Es ist dies die einzige Auszeichnung, die wir zu verleihen in der Lage sind. Ich bitte, sich von den Sitzen zu erheben zum Zeichen, dass Sie mit dem Antrage einverstanden sind. — Da der Antrag einstimmig angenommen ist, so werde ich mir erlauben, in geeigneter Weise Hofrath G. Braun diese Ehrung kundzugeben.

I. Czerwenka: Uterus bicornis bicollis mit Carcinom der linken Portio.

C. demonstrirt das Präparat eines Uterus bicornis bicollis mit Carcinom der linken Portio. Gewonnen wurde das Präparat durch abdominelle Totalexstirpation bei einer 35jährigen Frau.

Das Präparat zeigt 2 vollständig getrennte Uteri, bezw. Gebärmutterhöhlen. Die Körper liegen nicht parallel, sondern nach oben divergirend, während die Halstheile durch intercervicale Bindegewebsmassen verbunden mit je einer ausgebildeten Portio in die doppelte Scheide ragen.

Abgesehen von der linksseitigen Pyosalpinx (Coïtus fand in die linke Scheide statt) weist der linke Uterus 2 kleine Myome auf.

Bemerkenswerth scheint es dem Vortr. zu sein, dass beide Neoplasmen nur am linken Uterus vorkommen.

Redner streift die einschlägige Litteratur (Wertheim, Orthmann), spricht über das anscheinend so häufige Vorkommen des Zusammenwerfens der pathologisch-anatomischen Signatur Uterus bicornis bicollis und Uterus didelphys = duplex separatus, und giebt die differentialdiagnostischen Momente an.

Weiter kommt Vortr. auf die Hypothesen (Pfannenstiel, Pick, Meyer, über die Entstehung dieser Missbildung zu sprechen, von welchen die von Krieger aufgestellte, nach welcher die Missbildung durch abnorm weit nach rückwärts verlegte Einpflanzung der Allantois in den Darm bedingt wäre, auch in diesem Falle die größte Wahrscheinlichkeit habe, da ein Ligamentum vesico-rectale — Residuum der Allantois — vorhanden war.

(Erscheint ausführlich.)

Diskussion: Halban bemerkt, dass er mit Rücksicht auf die Bemerkung, dass man gewöhnlich bei Uterus bicornis ein weites Becken finde, konstatiren müsse, dass er in 2 Fällen, die er in der Klinik Schauta gesehen, ebenfalls weites Becken konstatiren konnte. Die Maße waren übernormal. Im Anschlusse daran berichtet H. über einen Fall, der ebenfalls in der Klinik Schauta zur Beobachtung kam, und der sich durch einen interessanten Geburtsverlauf auszeichnete. Es handelte sich um eine Frau, die bereits das 2. Mal gravid war. Bei der inneren Untersuchung kam man auf 3 Öffnungen, von denen die mittlere,

die größte, für 2 Finger durchgängig war, und hinter welcher der harte Schädel zu tasten war. Diese Öffnung imponirte als Muttermund. Links fand sich eine für einen Finger durchgängige Öffnung, durch welche man ebenfalls auf den Schädel kam; rechts fand sich eine 3. Öffnung durch einen halbmondförmigen Wulst von der mittleren Öffnung getrennt. Es schien festzustehen, dass es sich um einen Uterus duplex handle. Bei näherer Untersuchung fand man dem linken graviden Uterus aufsitzend einen birnförmigen Körper, der den zweiten nicht graviden Uterus darstellte. Die Geburt ging anstandslos vor sich und 8 Tage nach derselben wurde eine neuerliche Untersuchung vorgenommen. Jetzt fand man nur 2 Öffnungen, und zwar eine kleine linke und rechts davon eine etwas größere, so dass es den Anschein hatte, als wenn die Geburt durch den rechten Muttermund stattgefunden hätte. Wenn man tiefer in den rechten Muttermund eindrang, konnte man finden, dass er in 2 Theile getheilt war und konnte man von rechts sowohl in die rechte als auch in die linke Uterushöhle gelangen. Es handelte sich also um ein Loch im Septum zwischen beiden Uteris. Es hatte offenbar der vordringende Schädel ein Loch in das Septum gemacht, so dass die Geburt durch den rechten Muttermund stattfand. Es wäre der Einwand möglich, dass das Loch links artefakt wäre. Doch konnte man nachweisen, dass das vaginale Septum, das sich hier inserirte, auch durchtrennt war. Interessant ist es, dass die Frau im 1. Monate der Gravidität wegen Endometritis rechts ausgekratzt wurde, währenddem sie links schon schwanger war.

Außerdem fand sich noch Folgendes: Bei der äußeren Untersuchung fand sich der linke Uterus gravid, der rechte saß, durch eine Furche getrennt, jenem auf und war nicht gravid. Das Ligamentum rotundum hatte aber nicht den durch Pfannenstiel angegebenen typischen Verlauf. Dagegen konnte ein Strang getastet werden, der von der Blasengegend gegen die Bifurkationsstelle der beiden Uteri zog, von dem H. glaubt, dass es ein kräftig entwickeltes Ligamentum vesicorectale gewesen sei.

Dieses könnte als diagnostisches Merkmal und als Anhaltspunkt für die Duplicität des Uterus angesehen werden.

II. Weinlechner: a. Über Ureterenimplantation in die Flexura sigmoidea bei hochgradigen Blasen-Scheidenfisteln.

b. Ein großes, vom Darme ausgehendes Myom, welches für ein Uterusmyom angesprochen wurde.

III. Peters: Referat über eine Ovariotomie per anum.

(Ausführlich erschienen.)

IV. Gersuny: Über peritoneale Adhäsionen und ihre Beziehungen zu den Adnexen des Uterus.

(Ausführlich in diesem Blatte erschienen.)

Diskussion: Fabricius bemerkt, dass diese Beziehungen außerordentlich interessant seien und sie erklären auch, warum bei Laparotomien Stuhlverstopfungen auch ohne Exsudate vorhanden sind. F. hat vor 2 Jahren in der Gesellschaft der Ärzte einen Fall vorgestellt, wo wegen starker Stuhlverstopfung eine Retroflexion aufgerichtet wurde und wo sich eine flächenhafte Adhäsion fand, nach deren Durchtrennung sich die Frau wieder ganz wohl befand. Man solle daher die Frauen, die im Anschlusse an Operationen an Obstipation leiden, immer auch auf etwaige Adhäsionen hin untersuchen.

Sitzung vom 20. Juni 1899.

Vorsitzender: Schauta; Schriftführer: Schmit.

I. Neumann und Ehrenfest (als Gast): Demonstration neuer Apparate zur Beckenmessung.

N. bespricht die von ihm und E. ersonnenen Methoden der Beckenmessung und der Bestimmung der Beckenneigung (Pelvigraph und Kliseometer). Hieraus werden diese Methoden an der Lebenden demonstrirt.

(Erscheint ausführlich.)

Schauta übergiebt den Vorsitz an Regnier.

II. Schauta: Über Adnexoperationen.

Bereits 2mal, in den Jahren 1893 und 1895, hatte ich Gelegenheit, der deutschen gynäkologischen Gesellschaft meine Erfahrungen über Adnexoperationen vorzulegen. Ich nehme heute das Wort, um Ihnen nunmehr in Bezug auf den Weg und die Technik der bei entzündlichen und eitrigen Adnextumoren in Betracht kommenden Operationen nochmals meine Erfahrungen klarzulegen.

Während ich in Breslau und Wien noch ganz auf dem Standpunkte mich befand, dass jene Operationen nur auf dem abdominalen Wege ausführbar seien, bin ich nunmehr im Laufe der Jahre für den größten Theil jener Operationen auf den vaginalen Weg gekommen und führe heute mit seltenen Ausnahmen Adnexoperationen überhaupt nur durch die vaginale Radikaloperation aus. Die ausführliche Begründung dieser meiner Ansicht muss ich einer demnächst erscheinenden ausführlichen Publikation überlassen, in der ich eine tabellarische Übersicht über sämmtliche von mir ausgeführte Adnexoperationen geben werde. Für heute gestatten Sie mir nur, in allgemeinen Umrissen meinen geänderten Standpunkt zu motiviren.

In Breslau legte ich der Deutschen gynäkologischen Gesellschaft das Resultat von 216 abdominalen Adnexoperationen vor. Ich schilderte die Technik und Indikationen der operativen und nichtoperativen Behandlung.

Auf dem Kongresse in Wien war ich in der Lage, über die Dauerresultate bei abdominalen Adnexoperationen zu berichten. In etwa 56% aller Fälle, über deren weiteres Schicksal etwas bekannt geworden war, war vollständige Heilung und Befreiung von sämmtlichen vor der Operation bestehenden Beschwerden eingetreten. Dieses Resultat deckte sich fast vollständig mit dem zur selben Zeit auch von Chrobak an seinem Materiale in Erfahrung gebrachten. Doch ergab sich schon damals der wesentliche Unterschied, dass bei einseitigen Adnexoperationen die Dauererfolge weit weniger befriedigende waren, als bei doppelseitigen, indem bei ersteren 23,5%, bei letzteren 59,8% vollkommene Heilungen notirt wurden. Die Ursache für die unbefriedigenden Dauererfolge lag in dem so häufig zu beobachtenden Fortschreiten des Entzündungprocesses auch nach der Operation auf die zurückgelassenen Adnexe. Aber auch die Dauererfolge der beiderseitigen Adnexoperationen konnten nicht vollkommen befriedigen. In vielen Fällen bestanden auch nach der Operation Beschwerden, Blutungen, Fluor, Lageveränderungen des Uterus und wurden Stumpfexsudate beobachtet. Alle diese Beschwerden ließen sich ohne Schwierigkeit auf die Anwesenheit des Uterus zurückführen, der ja, wie das in der Natur des gonorrhoischen Processes, um den es sich ja hier fast ausschließlich handelt, liegt, als das erst erkrankte Organ auch nach Entfernung der Adnexe Symptome macht. Der logische Schritt, der also gethan werden musste, um auch die Dauerresultate besser zu gestalten, war der, auch den Uterus mit zu entfernen. Wir kamen so zur abdominalen Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe bei chronisch entzündlichen und eitrigen Adnextumoren, bei denen eine andere Therapie als die operative nicht mehr möglich erschien. Schon auf dem Kongresse in Wien konnte ich über eine Reihe von solchen Fällen berichten. Seitdem habe ich abermals eine Reihe derartiger Operationen ausgeführt, deren Gesammtzahl bis heute nach später zu erörternden Gründen nicht zu groß ist, nämlich 38. Die Dauererfolge dieser Operation entsprechen nun vollständig den Erwartungen, welche man nach dem oben Angeführten hegen konnte. Nach unseren Nachforschungen blieben 85% der Operirten vollständig beschwerdefrei, wobei ich wie bei allen diesen Nachforschungen über Adnexoperationen einen sehr strengen Maßstab anlegte und schon Fälle mit leichtem Fluor, zeitweilig leichten Schmerzen im Becken als nicht geheilt verzeichnete. Diesen sehr befriedigenden Dauerresultaten entsprach nun leider nicht der Operationserfolg. Von jenen 38 durch abdominale Radikaloperation Operirten starben 4, das sind 10,5% und zwar alle an Peritonitis. In dieser Zahl drückt sich die

Gefahr der Laparotomie überhaupt, besonders aber die der ungenügenden Drainage bei Laparotomie im Falle des Platzens von Eitersäcken aus. Diese ungünstigen Erfolge mit der abdominalen Totalexstirpation führten uns immer mehr auf einen Weg, den wir schon auf dem Kongresse in Wien als geeignet für kleine, wenig verwachsene Adnexe hingestellt hatten, den wir aber bei zunehmender Übung und Erfahrung auch für schwere, ja selbst für die schwersten Fälle für zweckmäßig erkannten. Damals in Wien stand ich und die Mehrzahl der Gynäkologen noch unter dem Eindrucke, dass jene Fälle von entzündlichen und eitrigen Adnextumoren auf dem vaginalen Wege nur durch das Klemmverfahren zu beherrschen seien. Zur methodischen Anwendung des Klemmverfahrens habe ich mich nun nie entschließen können und habe dadurch Gelegenheit gehabt, mich zu überzeugen, dass man alle die Fälle mit seltenen Ausnahmen, die durch das Klemmverfahren bisher operirt wurden, auch mittels des Ligaturverfahrens beherrschen könne. So wurden denn bis zum Schlusse des Jahres 1898 — bis dahin gehen meine Nachforschungen über die Dauererfolge — 220 vaginale Radikaloperationen von mir und meinen Assistenten bei entzündlichen und eitrigen Adnexen ausgeführt. Auf diese 220 Fälle kommen 6 Todesfälle, d. i. 2,7% ohne Abzug. Die Dauererfolge entsprechen bei diesen Operationen vollkommen den Erwartungen, welche man nach der Analogie mit der abdominalen Totalexstirpation hegen konnte. Der Procentsatz der vollkommenen Heilung beläuft sich auf 84. Es kann also gar keinem Zweifel unterliegen, dass von den sämmtlichen bisher in Betracht gekommenen Adnexoperationen die vaginale Radikaloperation sowohl die besten Operations- als auch die besten Dauererfolge giebt. Aus diesem Grunde möchte ich sie als die Operation der Zukunft hinstellen.

Ich habe nun im Laufe der Jahre auch einige Erfahrungen sammeln können über sog. konservirende Vaginaloperationen bei Adnextumoren. Diese Operationen entspringen dem Bestreben, zu konserviren, den Uterus oder zumindest die Adnexe der einen Seite der Frau zu erhalten. Ich will sofort sagen, dass diese konservirenden Operationen fast immer in ihr Gegentheil umschlagen, denn einerseits sind die Operationsresultate höchst unbefriedigende und andererseits die Dauerresultate weit hinter dem zurückbleibend, was man bei vaginalen Radikaloperationen zu leisten im Stande ist. Nichtsdestoweniger ist die Betrachtung dieser Fälle sehr interessant und lehrreich, weil sie gewissermaßen, wenn ich so sagen darf, die experimentelle Bestätigung meiner eben angeführten Grundsätze bezüglich der Adnexoperationen gab.

Ich beginne zunächst mit den einseitigen vaginalen Adnexoperationen mit Zurücklassung des Uterus und der Adnexe der anderen Seite: 21 Fälle mit 3 Todesfällen, 14,2%, sämmtliche an Peritonitis in Folge Platzens von Eitersäcken bei fehlender oder mangelhafter Drainage nach unten. Dieses Operationsresultat muss also als sehr ungünstig bezeichnet werden. Die Dauererfolge sind es nicht weniger; nur in 25% aller Fälle wurde ein vollkommener Erfolg erzielt. Interessant ist auch hier der Vergleich mit den Dauerresultaten der einseitigen abdominalen Adnexoperationen; dieselben gaben damals 23,5%.

Ferner habe ich 7mal einseitige Adnexoperationen mit Exstirpation des Uterus, aber mit Zurücklassung der Adnexe der anderen Seite vaginal ausgeführt. Die Operationsresultate waren gute, denn hier ergab sich die Möglichkeit der breiten Drainage der Sekrete nach der Vagina eben so wie bei der vaginalen Radikaloperation. Das war ja im Vorhinein zu erwarten; aber die Dauerresultate waren sehr unbefriedigende. In keinem einzigen Falle blieben die Frauen beschwerdefrei. Die früheren Beschwerden waren mehr oder weniger in großer Intensität weiter vorhanden. Es ergiebt sich also daraus, dass die einseitige vaginale Adnexoperation eben so wenig befriedigen kann, wie die einseitige abdominale Adnexope-

ration, und dass das sog. Konserviren der Adnexe einer Seite eigentlich das Gegentheil darstellt von einer Konservirung, da man der Frau nur unnöthigerweise für die Zukunft Schmerzen und Beschwerden verursacht. Gerade diese Fälle scheinen mir erst recht zu beweisen, dass nur die vaginale Radikaloperation wirklich gute und dauernde Erfolge giebt.

Wir müssen uns nun noch mit einigen Einwänden beschäftigen, welche gegen die vaginale Radikaloperation angeführt wurden; dazu gehört in erster Linie die Häufigkeit des Platzens von Eitersäcken. Es ist richtig, dass bei vaginalen Radikaloperationen Eitersäcke fast immer platzen, ja wir führen dieses Ereignis sogar künstlich herbei, um zu den höher gelegenen Antheilen der Ligamente zu kommen; aber niemals hat dieses Ereignis irgend einen Nachtheil gehabt und es ist dabei ganz gleichgültig, ob es sich um sterilen, gonokokken- oder streptokokkenhaltigen Eiter handelt. Die breite Drainage nach der Vagina sichert den Abfluss der Sekrete. Ganz anders aber ist es bei abdominalen Operationen. Ich verweise diesbezüglich auf mein Referat auf dem Kongresse in Breslau, auf dem ich die große Gefahr des Platzens von Eitersäcken bei abdominalen Operationen nachgewiesen habe. Die abdominale Drainage nach Mikulicz bietet allerdings eine gewisse Sicherheit gegen die nachtheiligen Folgen dieses Ereignisses, aber durchaus keine absolute. Zudem ist ja die Drainage nach Mikulicz an und für sich von unangenehmen Folgen (Hernien- und Fistelbildung) begleitet, so dass ich sie jetzt ganz aufgegeben habe, und in allen Fällen abdominaler Operationen, in denen Drainage nothwendig wird, dieselbe nach der Vagina zu ausführe. Ganz dieselben Erscheinungen, wie wir sie damals schon in Breslau gemacht hatten, haben wir dann später auch bei abdominalen Radikaloperationen gemacht; ich kann hier auf Einzelheiten nicht eingehen, sondern kann nur sagen, dass gerade der größte Theil unserer Todesfälle auf das Platzen von Eitersäcken zurückgeführt werden muss.

Ein zweiter Punkt, der gegen die vaginalen Radikaloperationen angeführt wird, ist der der Gefahr der Darmverletzungen und der mangelhaften Übersichtlichkeit des Operationsterrains von der Vagina aus. Dass die Gefahr der Darmverletzungen bei vaginalen Operationen größer sei, als bei abdominalen, kann ich nicht zugeben. Unter jenen in Breslau berichteten 216 abdominalen Adnexoperationen fand ich 8 Fälle von Darmverletzungen, wovon 3 starben und in 3 Fällen der Durchbruch nach außen erfolgte. Unter meinen 220 vaginalen Radikaloperationen fand ich 4 Fälle von Darmfisteln, die aber niemals auf eine Verletzung, sondern immer auf einen später eintretenden Durchbruch nekrotischer Darmpartien zurückzuführen waren, niemals den Tod nach sich zogen, in 3 Fällen spontan ausheilten, währenddem in einem Falle, in dem sich Pat. der weiteren Behandlung entzog, die Fistel fortbestand. In 2 anderen Fällen wurde bei oberflächlicher Verletzung der Darmserosa durch Naht von der Vagina aus die primäre Heilung erzielt. Dass Darmverletzungen bei Laparotomie übersichtlicher sind, mag wohl zugegeben werden, aber nicht immer führt auch die sorgfältigste Naht zur Heilung, da die Nähte in dem morschen, entzündlichen Gewebe des adhärent gewesenen Darmes einschneiden, wie ja unsere Fälle und wohl auch die anderer Operateure zeigen. Kommt es aber zum Insufficientwerden der Darmnaht, dann fließt bei Laparotomie der Darminhalt in die Bauchhöhle, bei vaginalen Adnexoperationen aber, wenigstens nach unseren Erfahrungen, immer gegen die Scheide ab. Lebensgefährliche Folgen werden also gewiss bei diesem Ereignisse eher bei Laparotomie als bei vaginaler Radikaloperation entstehen. — Verletzungen eines Ureters kommen bei vaginalen und abdominalen Radikaloperationen hier und da zu Stande. Hier besteht wohl kein wesentlicher Unterschied auch in Bezug auf die Frequenz. Dasselbe kann man wohl auch bezüglich der Nachblutungen sagen, obwohl vielleicht dem Anfänger Nachblutungen bei vaginalen Radikaloperationen häufiger vorkommen werden, als bei abdo-

minalen. Auch hier muss eben die Technik gelernt werden und haben wir in den letzten Jahren, seit Anwendung des Ehrenfest'schen Schlingenschnürers, keine Nachblutung bei vaginalen Radikaloperationen mehr beobachtet.

Ein Einwand, der noch widerlegt werden muss, ist der des Operirens im Finstern. Ich halte es durchaus nicht für nothwendig, bei vaginalen Radikaloperationen im Finstern zu operiren; man kann bei einiger Sorgfalt und Geduld sich die zu lösende Partie ganz gut auch von der Vagina her dem Auge zugänglich machen. Wenigstens gehe ich principiell so vor und nehme bei jeder Operation Gelegenheit, die anwesenden Ärzte und Studenten gerade auf dieses Moment aufmerksam zu machen. Sollten in einem Falle derartig umfangreiche und feste Verwachsungen mit dem Darme vorhanden sein, dass sich dieselben unter Leitung des Auges nicht lösen lassen, dann würde ich allerdings den vaginalen Weg aufgeben und zum abdominellen übergehen, da dieser für solche Fälle geeigneter erscheint. Hält man sich also an diesen Grundsatz, so wird man gewiss keine Nachtheile in dem vaginalen Verfahren erblicken können.

Ich möchte hier gleich auf einen Einwand eingehen, der sehr nahe liegt und der mir gemacht werden könnte, indem man sagt, ich hätte eben die schwierigen Fälle nicht vaginal, sondern abdominal erledigt. Ferner ist ja die Frage auch berechtigt, wie sich jene Fälle verhalten haben, in denen ich den vaginalen Weg aufgegeben und den abdominalen betreten musste? Es sind dies im Ganzen 6 Fälle. In keinem Falle ergab sich aus dem Wechsel des Operationsweges irgend ein Nachtheil. Sämmtliche dieser Fälle sind geheilt.

Endlich kann ich nicht unerwähnt lassen den Vortheil der vaginalen Operationen, der ja übrigens ein allgemein zugegebener ist, d. i. der Vermeidung der Bauchnarbe, der Hernien und der gerade bei eitrigen Adnexen so häufig vorkommenden Stichkanaleiterungen.

Aus allen diesen Gründen, die ich, wie gesagt, in einer demnächst erscheinenden Publikation ausführlich erörtern werde, stimme ich bei der operativen Behandlung der eitrigen und entzündlichen Adnexe für die vaginalen Radikaloperationen. Es liegen für die sog. konservirende operative Behandlung bei Pelveoperitonitis und leichten Veränderungen der Adnexe von Seite Dührssen's und Martin's größere Zahlen vor, aber diese Zahlen lassen sich mit unseren nicht vergleichen, denn hier handelt es sich überhaupt nicht um schwere anatomische Veränderungen der Tube oder Ovarien, ganz gewiss nicht um Eitersäcke, Fälle, in denen wir ausschließlich das Radikalverfahren üben. Ob man in jenen von Martin und Dührssen operirten Fällen überhaupt operiren oder streng konservativ behandeln soll, müsste wohl erst die Betrachtung der Dauerresultate jener Operation ergeben, welche im Interesse der Klärung dieser Frage dringend erwünscht wäre.

Verschiedenes.

3) **Maillefert** (Magdeburg). Ein Fall von Infektion der Genitalien mit Vaccine.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 18.)

Bei einer 26jährigen, im 7. Monat Graviden findet sich eine starke Schwellung des linken Labium maj.; aus der Schamspalte hervorragend die kugelförmig angeschwollene linke Nymphe, an der Innenseite des linken großen Labiums zeigen sich 3 bohnengroße, flache Bläschen von mattgelber Farbe und ein gleiches an der linken Nymphe; heftige Schmerzen bei Berührung, beim Gehen und Stehen.

Die Gravida hatte einen Lappen, den sie zur Bedeckung des Armes ihres kürzlich geimpften Kindes verwendet, zur Reinigung der Vulva benutzt, nachdem sie ihn vorher in Wasser abgespült. Bereits am nächsten Tage traten die heftig-

sten Schmerzen an den Labien ein. — Die angewandten kühlenden Umschläge linderten die Schmerzen, welche nach 3 Tagen ganz sistirten, die Schwellung nahm erst am 6. Tage ab, nachdem die Blasen geplatzt waren.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

4) **Hirth** (München). Ein chinesisches Amenorrhoicum und Dysmenorrhoicum. Extractum Radicis Tang-kui.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 23.)

Von allen medicinischen Produkten, die zum Ausfuhrhandel von Chungking, dem ersten Handelsplatz der Provinz Ssi-tsch-nan, beitragen, ist nächst den großen Stapelartikeln Rhabarber und Moschus das bedeutendste die Wurzel Tang-kui; dieselbe gehörte schon dem ältesten Bestande der chinesischen Materia medica an, da sie schon in Urzeiten als Frauenmedicin gerühmt und in historischer Zeit sicher schon 452—636 n. Chr. empfohlen wird.

Die chinesischen Ärzte betrachten diesen Artikel förmlich als Panacee für alle möglichen Menstrualleiden, verwenden ihn als Emenagogum und schreiben ihm allgemeine, den Menstrualprocess regulirende, tonische Wirkungen zu.

Die pharmakologische Untersuchung ergab absolute Ungiftigkeit und die zur Zeit vorgenommenen Versuche lieferten günstige Resultate, deren Veröffentlichung später erfolgt. — Merck in Darmstadt hat aus der Wurzel ein Extrakt Namens »Eumenol« hergestellt. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

5) **C. Mirtl** (Wien). Ein neues Wärmeapplikationsverfahren in der Gynäkologie mit Hilfe der Thermophore.

(Wiener med. Presse 1899. No. 16.)

Die befriedigenden Versuche mit den Thermophorkompressen und mit den anderen Apparaten der österreichisch-ungarischen Thermophor-Gesellschaft, die Verf. sah, veranlassten ihn zu Versuchen, die Thermophore für vaginale Applikation dienstbar zu machen.

Diese Anordnung soll ein Ersatz für die heißen Irrigationen sein. Genaue Beschreibung der Apparate folgt. Die bisherigen Versuche fielen zur Zufriedenheit aus. **Dittel** (Wien).

6) **J. Siedlecki** (Krakau). Totale Verwachsung der Gebärmutterhöhle nach der Ausschabung.

(Przegląd lekarski 1899. No. 6.)

Gegenüber der Thatsache, dass die Ausschabung wohl die am häufigsten ausgeübte gynäkologische Operation ist, weist S. kurz auf die besonderen Gefahren derselben hin: die Möglichkeit einer Durchbohrung der Gebärmutterwand, das Aufflackern alter Entzündungsherde und endlich die Verwachsung des Cavums.

Der letztere Zufall kann sich ereignen, wenn die Curette mit allzu roher Gewalt angewandt wird, besonders kurz nach einem Wochenbett oder Abort, und wenn die Muskulatur des Uterus ausnahmsweise weich und schlaff ist. In diesen Fällen wird nicht nur die Mucosa abgeschabt, sondern auch ein Theil der Muscularis, in der die Drüsenwurzeln sitzen, von denen aus die Regeneration der neuen Schleimhaut vor sich zu gehen hat.

Eine 28jährige Mehrgebärende klagt über mehrmonatliche Amenorrhoe seit ihrer letzten Entbindung. Die Anamnese ergiebt, dass die adhärente Placenta hat manuell gelöst werden müssen, und dass wegen einer erneuten Blutung intrauterine Tamponade vorgenommen wurde. Als dann im Puerperium Fieber auftrat, wurde die Gebärmutter zunächst durchgespült und dann ausgeschabt.

Die von S. gestellte Diagnose lautete: Adnexitis sinistra chronica, Amenorrhoe in Folge von Anämie. Uterus normal groß, anteflektirt. Es werden Ichthyoltampons verordnet, daneben Eisenpräparate und Diät. Als trotz alledem die Menses nicht wiederkehrten, sollte ein Versuch mit Apostoli'scher Behandlung gemacht

werden. Jetzt zeigte es sich, dass der Uterus total verwachsen war, dass auch die feinste Sonde nur 1 cm tief einzudringen vermochte.

S. ermahnt zum Schluss, zur Entfernung von Eihautresten sich in der Regel des Fingers zu bedienen und die Curette, wenn es sein muss, nur mit äußerster Vorsicht zu führen. **Flatau** (Nürnberg).

7) **Boldt** (New York). Eine außergewöhnliche Verletzung bei einer versuchten Ausschabung des Uterus.

(Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. IX. Hft. 3.)

B. wurde zu einer Pat. gerufen, bei welcher ein Arzt bei einem Curettement am Tage vorher mehrere Fetzen von Fettklumpen aus dem Uterus entfernt und einen »weißen Schlauch« durchrissen hatte. Verf. fand die Pat. so gut, dass er an der Darstellung zweifelte, obwohl der schwangere Uterus eine Perforation aufwies. Erst 50 Stunden nach der Verletzung plötzlich peritonitische Erscheinungen. Die Köliotomie erweist das Ileum durchrissen und ca. 14 cm weit vom Mesenterium abgetrennt. Pat. starb an Chok. Er glaubt, dass durch die Leere des Darmes der ungewöhnlich lange Zeitraum bis zum Eintritt der Peritonitis zu erklären sei.

Roesing (Hamburg).

8) **Morian** (Essen). Ein Fall von Pankreasnekrose.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 11.)

Bei der 44jährigen Kranken war der Gallenblasenschnitt gemacht worden, der Exitus jedoch unter Fortbestehen der schon vorher vorhanden gewesenen septischen Erscheinungen im Verlauf einiger Wochen eingetreten.

Die Autopsie ergab eine hämorrhagische Gangrän des Pankreas, Körper und Schwanz lagen gelöst in einer graubraunen, blutigen, bröckligen Masse; der Magen hatte in der Gegend des Pförtners hinten ein großes Loch, die Gallenblase war nach hinten ebenfalls perforirt und mündete in eine große Abscesshöhle der Bursa omentalis entsprechend. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

9) **R. Morison** (Newcastle-on-Tyne): Die operative Heilung des Ascites bei Lebercirrhose.

(Lancet 1899. Mai 27.)

Wie im Jahre 1896 schon referirt wurde, will der Verf. einen anastomotischen Kreislauf für die verschlossenen Gefäße der Vena portarum durch die Köliotomie errichten. Nach Spaltung der Bauchdecken vom Nabel nach aufwärts wird die Flüssigkeit entleert, die Organe der Bauchhöhle abgetupft und nachdem ein Glasdrain in den Douglas'schen Raum eingeführt ist, wird das Netz an das Peritoneum der vorderen Bauchwand genäht. Aus dem Drainrohr wird von der Wärterin etwa stündlich mit einer Pumpe Flüssigkeit angesaugt. Erst am 6. Tage wird statt des Glasrohrs ein Gummidrain verwendet. Am 14. Tage secernirt die Wunde nicht mehr.

Über die 1. Pat., die operirt wurde, liegt der Sektionsbericht vor. Es bestand kein Ascites mehr und die zahlreichen Adhäsionen enthielten Gefäße, die zuweilen die Dicke der Radialis hatten.

M. kommt nach seinen Erfahrungen zu dem Schlusse, dass bei Lebercirrhose Punktionen zu verwerfen sind und bei einigermaßen kräftigen Kranken die Operation zu machen ist. **Rissmann** (Osnabrück).

10) **W. Körte** (Berlin). Erfahrungen über die Operation der Leberechinokokken mittels einzeitiger Einnähung, so wie über Komplikationen in dem Heilungsverlauf.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

Von 1890—1898 hat K. 16 Kranke wegen Leberechinococcus operirt, darunter 7 Frauen. Die Diagnose machte gewöhnlich keine Schwierigkeiten, mit Ausnahme der subphrenischen Lokalisationen. So wurden 2 Fälle von vereiterter Echinokokkencyste unterhalb des Zwerchfells für Empyeme gehalten; ein anderes

Mal wurde die richtige Diagnose gestellt, jedoch bei Eröffnung der Bauchhöhle der Herd nicht gefunden und die Operation abgebrochen; 14 Tage später wurde durch eine hinten im 10. Interkostalraume angelegte Incision die Cyste freigelegt. Des weiteren kamen Verwechslungen mit Cholelithiasis und Cholecystitis vor. — Die Punktion ist nicht ohne Gefahr, da in Folge des hohen Druckes aus der Stichöffnung häufig Flüssigkeit nachsickert, die zu Peritonitis und Ausstreuung von Keimen in die Bauchhöhle führen kann. — Die Operation wurde in allen Fällen einzeitig vorgenommen, die Cyste eingenäht und (auch bei eitrigem Inhalte) sofort eröffnet. Überliegendes Lebergewebe wurde mit dem Thermokauter durchtrennt. Bei sehr dünner Sackwand und großem Innendrucke schneiden die Fäden leicht durch; in solchen Fällen ließ K. die Ränder der Bauchwunde an die Cyste andrücken, incidirte und nähte die Cystenwand erst nach der Entleerung ein. In einigen Fällen musste des besseren Abflusses wegen eine perpleurale Gegenincision hinter der Achsellinie mit Resektion eines 5—8 cm langen Rippenstückes gemacht werden. Andere Fälle wurden nur auf diesem Wege angegriffen, und zwar ebenfalls einseitig. — Eine Verkleinerung der großen Höhle durch partielle Resektion der Sackwand wurde nur in einem Falle ausgeführt, hatte aber eine erhebliche Abkürzung der Heilung zur Folge. Im Ganzen sind 3 Operirte gestorben, die alle an akut vereiterten Cysten litten. Der Heilungsverlauf ist sehr langwierig und durch verschiedene Komplikationen (kapilläre Nachblutungen, langdauernder Gallenausfluss) gestört. Sehr bedenklich wird der Zustand, wenn alle Galle den Körper nur durch die Wunde verlässt; abgesehen von schwersten Störungen der Konvalescenz können sich hartnäckige Gallenfisteln entwickeln, die unter Umständen noch eine Operation erforderlich machen. **Calmann** (Hamburg).

11) **Janz** (Hamburg). Zur Operation der leukämischen Milz.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

J. berichtet über einen von Kümmell operirten Fall von pseudo-leukämischem Milztumor. Die bei der 58jährigen Frau vorgenommene Operation wurde glücklich überstanden und hatte zunächst eine entschiedene Besserung des Allgemeinzustandes zur Folge, bald aber traten wiederum erhebliche Störungen auf und 2 Monate nach der Operation trat der Tod ein. **Calmann** (Hamburg).

12) **C. Vinay** (Lyon). Herzerkrankung und Heirath.

(Lyon méd. 1899. Januar 8.)

Die schlechte Prognose, welche man früher gewohnheitsmäßig Herzleidenden für die Ehe, d. h. die Schwangerschaft und Geburtsthätigkeit stellte, hält man jetzt nicht mehr für berechtigt. So bös die Sache stets für Brightianer mit starker Hypertrophie und Eiweiß steht, so wenig scheut man sich andererseits, Mädchen mit gut kompensirten Herzfehlern, namentlich mit Mitralstenose, die Ehe zu erlauben. Die Prognose hängt natürlich nicht nur von dem Grade der Kompensation, sondern auch von der Ausdehnung der Klappenläsion als solcher ab. Rheumatischer Ursprung ist prognostisch ungünstig wegen der meist verminderten Leistungsfähigkeit des Herzfleisches als solchem. Selbstverständlich können zahlreiche und rasch auf einander folgende Geburten schließlich das Bild und die Voraussicht sehr zum Ungünstigen beeinflussen, desshalb sollen solche Eheleute »zur Mäßigung ermahnt werden«. — Der verantworliche Arzt sollte sich übrigens strenge Überwachung der Betreffenden während der Schwangerschaften vorbehalten und zur Regel machen; beachtet und bekämpft er die kleinen Symptome, so hält er damit schwerere fern. Besondere Aufmerksamkeit verdient der Urin. — Alles Faktoren, die Verf. sehr liebevoll ausführt und detaillirt, auf die aber hier nicht weiter eingegangen zu werden braucht. **Zeiss** (Erfurt).

13) **de Gottal** (Anvers). Oophorinbehandlung der Chlorose, der Menstruationsstörungen und der Menopause.

(Journ. méd. de Bruxelles 1899. April 16.)

de G. sah bei chlorotischen Mädchen wiederholt schon nach mehrtägigem Gebrauche von Oophorin eine auffallende Besserung aller Beschwerden und nach

mehreren Wochen ein völliges Schwinden derselben so wie ein Wiederauftreten der ausgebliebenen Menstruation. Letzteres beobachtet man sogar in solchen Fällen, in welchen die Amenorrhoe schon seit einem Jahre und noch länger besteht und die übliche Eisenbehandlung völlig im Stiche gelassen hat. Eine Steigerung des Hämoglobingehaltes und der rothen Blutkörperchen ist direkt nachgewiesen worden.

Auch da, wo Amenorrhoe bei nicht Chlorotischen eingetreten ist, hat ein mehrwöchentlicher Gebrauch von Oophorin oft ein Wiederauftreten der Menses zur Folge. Bei den Formen der Dysmenorrhoe, bei welchen sich pathologische Organveränderungen nicht nachweisen lassen, ist die Wirkung gleichfalls eine günstige. Die Besserung der sogenannten Ausfallserscheinungen, sowohl der physiologischen wie künstlichen Menopause durch Oophorinbehandlung ist bekannt.

Graefe (Halle a/S.).

14) **Delore** (Paris). Über normale und thrombosirte Placenta.

(Obstétrique 1899. No. 1.)

Anatomie der normalen Placenta. Um die Anatomie zu studiren, wurde in die Umbilikalvene Quecksilber injicirt und in die mütterlichen Theile Gelatine; es sind radiographische Abbildungen beigegeben.

Placentarthrombus. Ebenfalls zahlreiche Abbildungen, worunter eine kolorirte.

Im weiteren Verlaufe wird die Einwirkung des Thrombus auf die Zotten und auf die intervillösen Räume besprochen. Die Arbeit muss im Original nachgelesen werden.

Beuttner (Genf).

15) **K. Brandt.** Über Ruptur und Plastik des weiblichen Perineums.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1898. No. 2.)

Nach Beschreibung der Anatomie des weiblichen Perineums, der Rupturen desselben, deren Ursachen, verschiedener Grade und Symptome macht der Verf. darauf aufmerksam, dass die Rupturen beinahe nie in der Mittellinie liegen, sondern entweder auf der rechten oder linken Seite von der Columna rugarum; die 2 Wundflächen werden daher — wegen der Muskelwirkung — nicht gleich groß sein, indem die äußere immer größer wird als die innere. Um das zu vereinigen, was zusammengehört, schlägt Verf. daher folgende Operationsmethode vor: Zuerst wird der Hymenalring vereinigt durch eine Sutur in der Ebene des Hymens von Caruncula myrtiformis ab auf der einen Seite durch den Grund der Wunde zu Caruncula myrtif. auf der anderen. Diese Sutur wird nicht gebunden, dann wird die Ruptur in der Vagina suturirt. Zuletzt wird auch die Perinealruptur genäht. Ist die Ruptur vollständig, wird auch die Hymenalsutur zuerst gelegt, welche nun geschlossen wird, da Sphincter ani und die Ruptur in rectum zugenäht sind.

Bei alten Rupturen wird bloß alles Narbengewebe excidirt (wodurch die Wundflächen gerade so werden, wie sie im Augenblicke der Ruptur aussahen, man bildet in dieser Weise wieder eine frische Ruptur und das Verfahren ist dann auch für diese wie oben beschrieben.

Kontraindikation bildet weder hohes Alter noch Schwangerschaft, dagegen akute Gonorrhoe, sec. Syphilis, Menstruation und Puerperium.

Bei älteren Rupturen chloroformirt Verf. immer; er hat aber auch ein paar Mal mit großem Nutzen cocainisirt.

Sämmtliche vom Verf. operirte Fälle — darunter 9 Fälle von Totalruptur — sind per primam geheilt. (Selbstbericht.)

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. Sonnabend, den 24. Februar. **1900.**

(Aus der Universitäts-Frauenklinik Straßburg i/E.)

I. Beitrag zur Belastungstherapie bei Retroflexio uteri gravidi.

Von

A. Funke,

I. Assistent der Klinik.

Meine Angaben[1] über die Indikationen und die Erfolge der Behandlung chronisch-entzündlicher Beckenorganaffektionen und Lageveränderung mittels Belastung haben durch die Arbeit Halbahns[2] aus der Schauta'schen Klinik volle Bestätigung erfahren. Mit Ausnahme dieser Arbeit sind meines Wissens aus klinischen Anstalten keine Berichte publicirt worden!

Prof. Freund hat es sich angelegen sein lassen, die Methode durch Vorträge auf Ärzteversammlungen in die Kreise der praktischen Ärzte hineinzutragen. Denn gerade für den in gynäkologischer Praxis beschäftigten Arzt hat die Belastungstherapie große Vortheile,

[1] Hegar's Beiträge Bd. I. p. 264.
[2] Halbahn, Monatsschrift Bd. X.

gerade für ihn ist in der heutigen Zeit der Abneigung gegen medikamentöse Therapie die Bereicherung seines Schatzes an manuellen Handgriffen besonders werthvoll.

Die Wichtigkeit und Vortrefflichkeit der Methode haben wir in der seit meiner ersten Veröffentlichung verflossenen Zeit vielfach erprobt und bestätigt gefunden. Die Einlegung des Schrotbeutels gehört zu den alltäglichen bei chronischen Affektionen der Genitalien so wie Lageveränderungen angewendeten Proceduren.

Am besten aber wird ihr Werth durch die Anwendung bei der Retroflexio uteri gravidi bestimmt. Der Erfolg ist bei dieser einst so gefürchteten Affektion ein so eklatanter, dass er ihr eine bleibende Stellung sichert.

Neben 4 anderen früher behandelten Fällen hatte ich neulich Gelegenheit, die Wirksamkeit in einem besonders schwierigen Falle zu erproben:

Frau, 34 Jahre alt, die mehrere Geburten durchgemacht und früher schon einen Ring getragen hatte, kommt, nachdem die Regel jetzt 4 Monate ausgeblieben ist, wegen heftiger Kreuzschmerzen, Ischurie und Stuhlverstopfung in klinische Behandlung.

Die bimanuelle Untersuchung ergiebt: Vagina platt gedrückt durch einen die hintere Vaginalwand vorwölbenden, fast das ganze Becken ausfüllenden Tumor. Die Port. vag. steht oberhalb der Symphyse. Von außen fühlt man nur die Cervix und auf der linken Seite eine kleine flache Kuppe im Beckeneingange. Durch den Nachweis des Überganges der Port. vag. in den im Becken liegenden Tumor wurde die Diagnose Retroflexio uteri gravidi sichergestellt.

Ich ließ in diesem Falle in den in die Vagina eingeführten Kolpeurynter langsam 1000 g Quecksilber ein- und sofort wieder ablaufen. Man konstatirte, dass jetzt der Uterus bereits 3 Querfinger oberhalb der Symphyse stand, während der im kleinen Becken liegende Theil kleiner geworden und nach oben gerückt war. Der Quecksilberkolpeurynter wurde nochmals applicirt und bereits nach $1/2$ Stunde konnte man die vollkommene Aufrichtung des Uterus, dessen Fundus nun 4—5 Finger oberhalb der Symphyse stand, konstatiren.

Der Erfolg ist ein so prompter, wie er mit keinem anderen Mittel zu erreichen ist. Die Vortheile der Methode sind Sicherheit, Unschädlichkeit und Entbehrlichkeit der Narkose.

Bekannt ist, dass der Nichterfahrene die Retroflexio uteri gravidi u. A. auch mit Grav. ektop. mit Haematocele retro-uterina verwechseln kann; hat nun der Arzt einmal das Unglück, dass er eine Hämatocele vor sich hat, wo er eine Retroflexion vermuthet, so ist das Unglück lange nicht so schlimm, wenn er den Schrotbeutel applicirt, wie wenn er Aufrichtungsversuche macht. Der heftige Schmerz bei der Belastung der frischen Hämatocele wird ihn auf seinen Irrthum aufmerksam machen.

Ich habe in den letzten Jahren bei Anwendung der Belastung noch eine Erfahrung gemacht, die mir schon früher aufgefallen war: nämlich, dass häufig leichte Blutspuren an dem entfernten Beutel kleben und dass die Periode gern einige Tage zu früh eintritt. Ich führe das auf eine Stauung im Uterus zurück, die wahrscheinlich auf einer Kompression der in der Basis des Lig. latum verlaufenden Venen

beruht. Ich notire diese Erfahrung hier, weil sie ein objektives Zeichen für die Wirksamkeit der Belastung darstellt. Es soll daher bei der Anwendung des Schrotbeutels bei der Retroflexio uteri gravidi die Belastung nicht länger dauern, als bis der Uterus aufgerichtet ist, was in $^1/_2$—1 Stunde meist der Fall ist.

Was die Technik des Verfahrens angeht, so muss zugegeben werden, dass durch die Einführung des Quecksilberkolpeurynters (Halbahn) die Zahl der mit Belastung zu behandelnden Fälle eine erheblich größere geworden ist. Principiell ziehen wir auch jetzt noch den Schrotbeutel vor, weil die Richtung des Druckes konstanter wirkt und besser korrigirt werden kann; auch wird die plastische Adaptirung an die mechanischen Verhältnisse im Becken durch eine feine Sorte Schrot besser gewährleistet, während das Quecksilber immer mehr eine Rundung des Beutels anstreben wird. Auch die Kombination mit der äußeren Belastung ist wirksam.

Bei allen Frauen, die nicht geboren haben, ist die Einlegung des Schrotbeutels mühsam und man bekommt auch häufig nicht das genügend wirksame Quantum Schrot in die Vagina hinein. Die Zahl der Mädchen mit Adnextumoren, mit Douglasitis und von sterilen Frauen mit Adnexentzündung und Schmerzen beim Coïtus stellen ein großes Kontingent der für die Belastungstherapie geeigneten Personen dar. Es ist entschieden richtig, dass die Anwendung des Quecksilberkolpeurynters sehr handlich und bequem ist, speciell für die Bedürfnisse des praktischen Arztes, der — da die Frau sich den Schrotbeutel nicht selbst entfernen kann — vielleicht nicht immer im Stande ist, die Frau im Tage zum zweiten Male zu besuchen, um den applicirten Kondom zu entfernen!

Ein kleiner Apparat, den ich mir zur Erleichterung der Anwendung des Quecksilberkolpeurynters konstruirt habe, dient vielleicht dazu, seinen Gebrauch noch mehr zu verbreiten.

Derselbe besteht aus 2 Kolpeuryntern verschiedener Größe, die durch ein kurzes Glasrohr mit einander verbunden sind. In dem größeren Kolpeurynter befindet sich das Quecksilber, der kleinere ist durch Kompression luftleer gemacht. Die Distance beider Kolpeurynter (2 Schläuche und das Glasrohr) beträgt 30 cm.

Die Applikation geschieht so: Die Frau wird im Bett auf Kissen in ziemlich steile Hochlagerung gebracht und ihr nun der komprimirte Kolpeurynter eingeführt; jetzt wird der gefüllte Kolpeurynter gehoben, und unter leichter Kompression des Schlauches lässt man das Quecksilber in den eingeführten Kolpeurynter einlaufen. Zum Zweck der Herausnahme setzt die Kranke sich auf ihrem Kissen auf, legt den leeren Kolpeurynter auf das Bett und lässt ebenfalls unter leiser Kompression des Schlauches das Quecksilber wieder in den äußeren Kolpeurynter hereinlaufen, und entfernt durch leichten Zug den vaginalen. Der ganze Apparat wird dann bis zur nächsten Anwendung in Karbol- oder Sublimatlösung gelegt.

II. Über Zerreifsung des Scheidengewölbes sub coitu und andere seltenere Kohabitationsverletzungen.

Von

Dr. O. Schaeffer in Heidelberg.

Fälle der überschriftlich bezeichneten Art gelangen, obwohl in den letzten Jahren häufiger in diesem Blatte veröffentlicht und ätiologisch klargestellt, doch noch immer selten zur allgemeinen Kenntnis und verdienen theils wegen ihrer forensen Bedeutung, theils aber wegen ihrer eigenartigen Stellung in der Ätiologie der Pathologie gut beobachtet und zur Erlangung einer reichhaltigeren Kasuistik mitgetheilt zu werden. So können sich, sogar nachdem wir erst jüngst durch Neugebauer[1] mit einer umfassenden einschlägigen Kasuistik beschenkt worden sind, noch neue Gesichtspunkte ergeben, wie in folgendem Falle:

Von 2 hochgradig hysteroneurasthenischen Schwestern hat die Jüngere, jetzt 49jährige, vor 12 Jahren in Folge eines faux pas als Erzieherin eine fieberlos verlaufene Entbindung durchgemacht. Früher Dysmenorrhoen, von da ab nicht mehr bis zur Menopause seit 2 Jahren. Pat. hat viel an Urticaria und nervöser Dyspepsie gelitten. Zuerst sah ich die Pat. wegen einer Vulvitis (Kratzeffekt!) pruriginosa bei einem gleichzeitig allgemein aufgetretenen pruriginösen Ekzem und einer Acne rosacea faciei. Weitere Befunde waren: spärlicher Uratharn mit Ziegelmehlsatz und einem eigenartig unangenehmen Geruche; in beiden Mammae an symmetrischer Stelle 5markstückgroße derbe Knoten, welche die Warzen unter das Niveau des Warzenhofes hineinziehen (nach nunmehr jahrelanger Beobachtung nicht suspekt); — der Uterus klein, anteflektirt; — außer Vaginismus nichts Bemerkenswerthes quoad genitalia. Menopause seit 2 Jahren; der Pruritus war danach erst aufgetreten und hatte sich seitdem häufiger gezeigt. Keine nennenswerthe Schleimabsonderung. Beim Uriniren tritt das Juckgefühl besonders heftig auf.

2 Monate später wurde ich Nachts »wegen starker Blutung« alarmirt. Da ich mir in Gemäßheit obiger Befunde und Anamnese zu dieser lakonischen Meldung keinen Vers machen konnte, gab ich entsprechende Verhaltungsmaßregeln und Stypticin. Eine 2. eben so dunkle Meldung veranlasste mich, persönlich nachzusehen. Ich fand meine körperlich kleine Pat. in den Armen eines baumstarken Engländers, eingewickelt in einen Plaid, bleich, beide wortlos, auf dem Etagenflure. Wir legten die Ohnmächtige zu Bett; der Engländer verschwand; die Dienstmädchen tuschelten auf dem Gange. Hemd und Unterrock waren stark mit Blut durchtränkt, in den Falten Gerinnselklumpen, von letzteren mehrere Handvoll im Nachttopfe. Cruor ragte aus der Vulva hervor. Zunächst stand also die Blutung und die Ohnmächtige kam zu sich. Der Zusammenhang ließ sich ahnen, und ich explorirte daraufhin nach erfolgter Desinfektion. Wieder heftiger Vaginismus, das Scheidengewölbe gedehnt durch bedeutende Cruormassen; in ihm wird rechterseits ein $2^1/_2$ cm tiefer und 4 cm langer Riss fühlbar, welcher gleich hinter dem rechten Rande des Scheidentheiles beginnend schräg

[1] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1899. p. 221.

lateralwärts nach vorn verlief, also sich durchaus unter der Basis des rechten breiten Mutterbandes befand. Inzwischen war die beorderte Wärterin eingetroffen und nach Beibringung eines Kochsalzbleibeklystiers begann die Ausräumung der Coagula, worauf die Blutung aufs Neue heftig einsetzte. Unter den eigenartigen Schwierigkeiten gelang die Umstechung und Vereinigung der Wunde durch 3 Katgutsuturen.

Die »Schwierigkeiten« waren gleichzeitig interessant für die Genese der Verletzung: zu dem Vaginismus, der gewöhnlich ja nur den Introitus vaginae und die willkürliche Beckenboden-Muskulatur betrifft, gesellte sich nach dem Einführen des hinteren Rinnenspeculums ein Krampf der gesammten glatten Muscularis von Scheide, Blase und Mastdarm; die Klagen über den Tenesmus kombinirten sich mit der Unmöglichkeit, das 2. Speculum einzuführen. Der explorirende Finger konstatirte, dass das vorhin weite Scheidengewölbe jetzt eng kontrahirt war und der vordere Theil desselben etwa die palpatorische Empfindung eines vorderen derben Douglastumors oder eines Kindskopfes durch das Segmentum cartaceum hindurch hervorrief, also bretthart war. Dann ließ der Krampf ein wenig nach und nunmehr trat ein anderes Symptom auf; die Pat. begann sich am ganzen Körper zu scheuern; sie war plötzlich überall mit Urticaria bedeckt, welche mehrere Stunden anhielt. Gleichzeitig traten Hitze und Frösteln auf; die Temperatur betrug 38,5. Dieses Fieber dauerte 36 Stunden; 24 Stunden später betrug der Puls unter dem Einflusse des Blutverlustes noch 120. Kochsalzklysmen, reichliche Diurese. Glatte Genesung. $^1/_2$ Jahr später litt Pat. lange an Furunculosis.

In Kombination mit der späteren Erzählung des Fräuleins hatte sich der Hergang folgendermaßen gestaltet: die Kohabitation wurde nicht stürmisch ausgeführt, wohl aber setzte der Vaginismuskrampf einen Widerstand entgegen, der plötzlich überwunden wurde. In diesem Momente fühlte die Pat. einen Schmerz, worauf sich der Galan sofort entfernte. Unmittelbar darauf begann die mehrere Stunden anhaltende, heftige Blutung.

Vergleiche ich diese Beschreibung mit meinen Beobachtungen während der Einführung der Specula, so ist zu schließen, dass sich bei jener Beiwohnung das Scheidengewölbe ebenfalls in einem krampfhaften Kontraktionszustande befunden und dadurch jenem — zu Folge der Überwindung des Vaginismus — plötzlichen Impetus einen direkten Widerstand entgegengesetzt hatte, anstatt wie sonst auf der Höhe des Orgasmus eine Art Receptaculum zu bilden.

Vergleichen wir hiermit die Ergebnisse der seither veröffentlichten Kasuistik, so finden wir in einer neueren diesbezüglichen kritischen Studie von Warman[2] gefolgert, dass weder dimensionale Missverhältnisse der Zeugungsorgane, noch das Alter, die Pose oder die Art und Weise der Ausübung des Beischlafes, noch eine supponirte ge-

[2] Zur Ätiologie und forensischen Beurtheilung der Scheidenrupturen sub coitu, dieses Centralblatt 1897. p. 24. (Die ältere Litteratur s. bei Späth, Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XXIX. p. 280.)

ringere Widerstandsfähigkeit der Scheidenwände, noch endlich die Vehemenz des Coïtus seitens des Mannes allein, sondern dass ein gesteigerter geschlechtlicher Reizzustand der Frau als Ursache solcher Rupturen anzusehen sei, so dass weiter bei alleinigen tiefliegenden Scheidenwunden eine Nothzucht auszuschließen sei. Alle anderen angeführten Momente sollen keine oder eine Nebenrolle spielen.

Bei dieser Schlussfolgerung wurde hauptsächlich an ein stürmisches Entgegenkommen im Allgemeinen gedacht. Über die hier außerdem ätiologisch in Betracht kommende und lokalisirte Funktionsanomalie, wenigstens bei einem Theile der Fälle, giebt der oben geschilderte Fall offenbar genaueren Aufschluss; jedenfalls stützt er nur theilweise die Warman'sche, zum Theile schon von Hoffman geäußerte Ansicht, und zwar vor Allem in den zwei Hauptpunkten, dass selbst ein abnorm großer Phallus allein keine Zerreißung des Scheidengewölbes bei normal funktionirenden Genitalien (Verf.) zu Stande bringen kann, und dass hierfür das Hauptmoment in der excessiven Mitbetheiligung der Frau selbst (oder Erregung bei Nothzucht) zu suchen sei.

Im Gegensatze zu Warman's obigen detaillirten Negationen möchte Verf. aber letzteres Moment nicht zu eng begrenzen, obwohl der beschriebene Fall allein eine noch weitere Beschränkung der ätiologischen Deutung zu unterstützen scheint, vielmehr ein besonderes Gewicht auf das Zustandekommen mehrerer ursächlicher Momente zur gleichen Wirkung legen. Als Beispiel möchte ich den Fall von Siginsky[3] anführen, wo die enorme Länge des Phallus und die halbsitzende Haltung der Frau mit Retroflexio uteri zusammen als ätiologische Faktoren auftraten. Bei einem neueren Falle von Finkelkraut[4] sehen wir die stürmische Kohabitation bei einer 40jährigen Dienstmagd, Pluripara, mit unelastischen, dünnen, anämischen, alle Anzeichen der Senilität tragenden Genitalien zu einem Risse im hinteren Scheidengewölbe führen. Veit betont in seinem Handbuche der Gynäkologie die senile Atrophie und die infantile Aplasie als vorwiegende Ursachen solcher Zerreißungen, neben anderweitigen Manipulationen. 8% der Neugebauer'schen Fälle betraf Mädchen unter 16 Jahren; 10% der Frauen hatten schon jahrelang den Beischlaf regelmäßig ausgeübt; 20% waren schon deflorirt; über 50% Virgines intactae.

Zu dem von mir nunmehr angeführten Krampfzustande des Scheidengewölbes können, neben dem habituellen Vaginismus, auf allgemein neuropathischer Basis, auch die nicht vereinzelt aufgeführten Erzählungsdaten führen, dass Betrunkenheit oder Furcht vor dem in flagranti Ertapptwerden oder excessiv gesteigerte Libido oder rasch einander folgende Kohabitationen bei den Frauen bestanden haben.

Was endlich die Lage des Risses anlangt, so finden wir in den über 150 von Neugebauer zusammengestellten Fällen nur selten

[3] Ref. in diesem Centralblatte 1896. No. 41.
[4] Gaz. lekarska 1898. No. 7; ref. in diesem Centralblatte 1898. No. 26.

eine rein seitliche Lage, wie bei Michnoff's II.[5] und Verf.'s Falle, am häufigsten hinten und seitlich rechts ziehend oder nur hinten.

Derartig ausgeprägte nervöse Begleiterscheinungen wie in dem zuerst beschriebenen Falle sind nirgends angeführt worden, auch nicht unter Neugebauer's 150 Fällen. Die Heilung vollzog sich, mit Ausnahme von 9 Fällen direkter Verblutung und 7 Fällen infektiöser Erkrankungen, stets mit oder ohne Vernähung glatt. Der Blutverlust war stets bedeutend.

Bei Gelegenheit der Untersuchung von gesund und spontan entbundenen Schenkammen kann man öfters auch noch in der 3. und 4. Woche beobachten, wie auffallend mürbe und leicht zerreißlich das hintere Scheidengewölbe ist. Dass bei schwangeren und puerperalen Individuen eine besondere Vorsicht beim Einführen von Specula und Pessarien obwalten muss, ist bekannt; Calmann[6] hat derartige Fälle zusammengestellt, bei denen durch gynäkologische Untersuchungen, die lege artis ausgeführt worden waren, Kontinuitätstrennungen zu Stande gekommen waren. Dessgleichen Neugebauer. Prädisponirt sind anämische und dekrepide Frauen, bei denen derartige Einrisse von 3—4 cm Länge beobachtet wurden; ich möchte nach meinen Beobachtungen noch besonders Frauen mit schlaffen, zu Descensus und Prolaps, so wie zum Hängebauche prädisponirenden Weichtheilen als in dieser Hinsicht leicht vulnerabel hervorheben, die ihrer übrigen Konstitution gemäß aber durchaus als Schenkammen z. B. brauchbar sind.

Als eine Folge dieser Vulnerabilität möchte ich die räthselhaften Narbenstränge bezeichnen, die man gar nicht so selten im oberen Theile der Scheide findet, ohne dass die Anamnese oder der Bericht von Kollegen, die die Geburt leiteten, den geringsten Anhalt böten. Bald machen sie den Eindruck von Geburtstraumen, bald von Narbenresten nach parametranen oder -vaginalen Entzündungen oder Abscessdurchbrüchen eines weit zurückliegenden Datums. Und doch ergiebt sich hierfür aus dem glatten Geburts- und Wochenbettverlaufe keine derartige Thatsache. Z. B.:

Frau S., 50 Jahre. Narbenstrang, scharf saitenartig prominirend, von der rechten intakten Muttermundskommissur über das hintere Scheidengewölbe nach links unten ziehend. Sie hat nur 1mal, vor 26 Jahren, geboren, leicht; 9tägiges Wochenbett

Frau W., 43 Jahre. Halbkreisförmiger, leistenartig vorspringender Narbenstrang vom hinteren zum rechten Scheidengewölbe, ohne Berührung der intakten Muttermundskommissur. Sie hat 4 leichte Geburten mit kurzen fieberlosen Wochenbetten gehabt.

Frau S., 48 Jahre. Nullipara, wohl aber Partus immaturus (Conjux luetisch), fieberloser Verlauf, keine instrumentelle Behandlung. Im rechtsseitigen Scheidengewölbe ein empfindlicher Strang, der beim Anziehen der Schleimhaut scharf vorspringt.

---

[5] Wratsch 1896. No. 24 u. 25.

[6] Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin 1899. Bd. XVII. 57.

Frau D., 22 Jahre. Ipara, Narbe im linken Scheidengewölbe, dicht von dem Ansatze des Scheidentheiles ausgehend und seitlich verlaufend. Fieberloses Wochenbett von 1 Woche Dauer vor $^3/_4$ Jahr; leichte Geburt.

Frau W., 47 Jahre. IIpara, schräg sagittal und fast median über das hintere Scheidengewölbe fortziehende und weit in das Scheidenlumen vorspringende Narbenleiste. Myoma fundi uteri subserosum oberhalb des Beckeneinganges (bis vor einem Monate Druckbeschwerden im Becken, die plötzlich aufhörten, also Hinaufrücken des Tumors); stets starke regelmäßige Perioden. Leichte Geburten mit fieberlosen kurzen Wochenbetten. Sehr schlaffe Bauchdecken; fette hydrämische Frau; seit 13 Jahren steril.

Zuweilen springen also solche Narben so weit vor, dass der Finger um sie herumbiegen muss, um dann in eine halb abgeschlossene Mulde zu gelangen, welche die Portio birgt.

In Fällen von früheren Zangengeburten findet man ganz gleiche Narben, die ebenfalls die Muttermundskommissur weder zu erreichen brauchen, noch deren Laceration voraussetzen. Solche Fälle ziehe ich hier nicht heran. Wohl aber geben obige Fälle zu denken, ob nicht frühzeitig und mit großer Gewalt ausgeführte Kohabitationen solche Verletzungen herbeigeführt haben. Klagen über dann wiederholt auftretende Blutungen bekommt man ja häufiger zu hören; diesbezügliche Untersuchungen sind vorsichtig auszuführen.

Tiefere Verletzungen im Vestibulum bei der Kohabitation sind ebenfalls selten und erregen nach Veit den Verdacht auf anderweitige brutale Manipulationen, wie man sie aus allen Ständen und Gesellschaftsschichten leider nicht einmal so ganz selten in Erfahrung bringt. Außer derart entstandenen Verletzungen und Sugillationen, die zuweilen weit in der Scheidenwand hinaufreichten, bekam ich wiederholt eine typische Verletzung zu sehen, welche in den meisten Lehr- und Handbüchern nicht, wohl aber besonders von französischen Autoren als selten vorkommend erwähnt wird (Chaleix[7], Skrobanski[8]); Losreißung der hinteren Basis des Hymens und von hier weitergehende Verletzungen des rectovaginalen Septums (sogar bis in das Rectum hinein). Neugebauer zählt 17 Fälle auf. Die von mir beobachteten Fälle gehören sämmtlich der sogenannten »Hôtelpraxis« an, wozu vielleicht der Zufall, dass Heidelberg eine beliebte Anfangsstation für Hochzeitsreisen ist, beitragen mag. Hinsichtlich der Ätiologie ergaben sich in 2 Fällen folgende besondere Daten:

Frau E. K. aus Leipzig, kräftig, aber nervös und torpid anämisch, 25 Jahre, seit 2 Tagen verheirathet; Perioden stets regelmäßig, 4wöchentlich, 8tägig, schmerzhaft. Unmöglichkeit der Immissio penis, Blutung, Schmerzhaftigkeit. — Die Vulvargebilde waren wenig entwickelt, der Introitus ziemlich eng, aber beim Einführen des Fingers sich krampfhaft verengend (Vaginismus). Das intakte Hymen war mit seiner hinteren Basis gelöst und der Einriss erstreckte sich bis in das Frenulum perinaei. Die Berührung des Introitus war schmerzhaft; dem Einführen des Fingers setzte das Hymen keinerlei Spannung entgegen. Weiter wurden Fluor

[7] Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896. No. 45. — Lyon. méd. 1896. September 6.

[8] Ref. in Med. d. Geg. 1899. No. 6.

albus und Retroversio uteri festgestellt. Die Empfindlichkeit des Introitus persistirte auch nach der Heilung.

In einem 2. Falle war das Hymen noch weiter von dem Septum rectovestibulare abgelöst worden.

Frau J. K. aus Wiesbaden, gracil, anämisch, sehr nervös, mit prognathem Kiefer, 24 Jahre, seit 24 Stunden verheirathet; Perioden stets regelmäßig, 8- bis 10tägig, am 1. Tage schmerzhaft. Kurz vor der Hochzeit hatte sie 14 Tage lang kalte Fußbänder wegen nervöser »Vapeurs« genommen. Dadurch sei die Regel ausgeblieben, die sie dann wieder durch heiße Salzfußbäder hervorgerufen hätte. — Die Vulva hatte einen durchaus infantilen Charakter; die Nymphen waren kaum mehr als bohnengroß, knopfförmig. Das Hymen war dickfleischig und an seiner Basis in einer Fläche von über 10Pfennigstückgröße abgerissen. Der Damm war auffallend kurz. Weder das Hymen noch der Beckenboden setzten dem explorirenden Finger einen Widerstand entgegen; die Vagina war weit; der Uterus ebenfalls infantil und entsprechend anteflektirt; die Portio kurz. Fluor albus.

In beiden Fällen handelte es sich um »orientirte und erfahrene« Ehemänner, um »nervöse« Frauen und um infantile Genitalien, vor Allem bezüglich der Vestibularorgane. Während aber im 1. Falle die funktionelle Verengerung durch den Beckenboden-Muskelkrampf in den Vordergrund trat, handelte es sich im letzteren um eine anatomische auffallende Verkürzung der Distanz »Symphyse-Anus«; hierzu kam, dass der ebenfalls verkürzte Damm stark gekrümmt und konvex hervortrat, also gleichsam die prominenteste Stelle jener Theile repräsentirte. Das Hymen veranlasste hier jedenfalls nicht den von anderen Autoren ätiologisch betonten Widerstand, sondern es kamen hier in Betracht theils der Gesammtwiderstand des verkürzten Vestibulums, theils — und zwar vornehmlich — das, durch letztere anatomische oder noch funktionell (Vaginismus) gesteigerte Eigenschaft bedingte, Auffangen des Impetus membri virilis durch die hintere Kommissur! Ein einfaches Abgleiten und Andrängen hinterwärts kann ohne jene Prämissen keine Verletzungen hervorrufen, und die abnorme Resistenz des Hymens ist jedenfalls bei vielen derartigen Verletzungen nicht vorhanden. Bohrende Manipulationen waren in meinen Fällen ebenfalls auszuschließen.

Aus diesem Grunde werden Verletzungen vorderer Kommissurentheile, die hier speciell in Betracht kommen können, vor Allem der Nymphen, um so viel seltener und dann in Verbindung mit einem abnorm resistenten Hymen berichtet. Ein Abgleiten in die Urethralöffnung hinein kommt vor (Kehrer, Zerreißung) und habe auch ich seit einigen Jahren bei einem Bauernpaare zu beobachten Gelegenheit — beiläufig hatte die Frau früher von einem anderen Manne koncipirt, während sie bei dem jetzigen Manne wegen dessen, trotz aller Belehrung und Pessarapplikation hartnäckiger Benutzung der dilatirten Harnröhre steril geblieben ist; aber hier handelt es sich um eine kongenital klaffende Anlage des Orificium urethrae, welcher durch Manipulationen nachgeholfen wurde.

Finden wir hingegen bei normal entwickelten, nicht kindlichen Genitalien und beim Nichtvorhandensein von Vaginismus derartige

Verletzungen der hinteren Kommissur, so kann hier nur eine rohe digitale Gewalt im Spiele gewesen sein. Der Vaginismuskrampf tritt oft oder meist bei infantilen und kurzen Vestibularorganen auf. Der Ansicht von Lwoff[9], Veit u. A., dass tiefer gehenden Septumverletzungen nur rohe Gewalteinflüsse zu Grunde liegen, wobei neuropathische Beanlagung und Alkohol ihre veranlassende Rolle spielen, tritt Neugebauer neuerdings erfolgreich entgegen.

Bei allen derartigen forensen Untersuchungen muss demnach außer der Inspektion noch auf Krampferscheinungen der Beckenboden-Muskulatur an der nicht narkotisirten Pat. gefahndet werden. Es ist dieses um so mehr zu betonen, als Neugebauer davon besonders Notiz nimmt, dass er keinen derartigen Fall in der Litteratur berichtet fand. In Fällen, wie den von mir angeführten, bleibt es der Richtung des Kohabitationsversuches überlassen, ob eine Verletzung der Vestibularorgane oder der Vagina zu Stande kommt; die Ursache ist hier die gleiche.

III. Wöchnerinnenasyl und Reform der Geburts- und Wochenbettshygiene.

Von

Dr. **Max Sperling**, Frauenarzt in Königsberg i/Pr.

Auf dem Gebiete der Reform und der Neuorganisation der Geburts- und Wochenbetthygiene ist in dem letzten Jahrzehnt ein gewaltiger Fortschritt erreicht durch die Begründung von Wöchnerinnenasylen (in einer großen Anzahl größerer Städte Deutschlands), deren Bedürfnis auch neben geburtshilflichen Lehranstalten sich lebhaft geltend machte und deren Berechtigung als Centralstelle der socialen Organisation der Geburts- und Wochenbetthygiene sich trotz zahlreich auftauchender Vorurtheile in schnellem Laufe eine weite Anerkennung errungen hat. — Brennecke (Magdeburg) hat bekanntlich diesen von Frauenvereinen unterhaltenen Wöchnerinnenasylen auf Grund sog. Hilfsorganisationen — auf die ich später zurückkomme — den weitesten Einfluss auf eine Umgestaltung der geburtshilflich hygienischen Verhältnisse zunächst innerhalb größerer Städte eingeräumt und hat in der Hoffnung auf Hebung des Hebammenstandes durch Fortbildung im Asyle und Heranziehung höher gebildeter Kräfte zum Hebammenberufe auch auf die geburtshilfliche Hygiene auf dem flachen Lande günstig einzuwirken sich bemüht.

Neben diesem Asylsysteme ist zum Theile schon praktisch in Mecklenburg durchgeführt das sog. Kontrollsystem von Prof. Schatz (Rostock). Dasselbe besteht im Wesentlichen in der Anstellung von sog. Kontrollärzten neben dem Kreisphysikus, deren Jedem nur eine geringe Anzahl, ca. 4—5 Hebammen, zur Kontrolle unterstehen.

---

[9] Nouv. arch. d'obstétr. Vol. IX. p. 529.

Auch auf dem Lande soll diese Einrichtung sich mit merkbarem Erfolge zur Besserung der hygienischen Verhältnisse bewährt haben.

So hat man auf verschiedenen Wegen und mit mannigfachen Mitteln den Versuch gemacht, der sich fühlbar machenden Missstände Herr zu werden. — Das Asylsystem, dessen segensreiche Thätigkeit innerhalb einer Stadt und ihrer näheren Umgebung über jeden Zweifel erhaben ist und welches wohl einwandsfrei dazu berufen erscheint, die Lösung der in Rede stehenden Frage herbeizuführen, legt in seiner heutigen Fassung bezüglich der günstigen Beeinflussung des geburtshilflichen Personals in weiteren Kreisen den Hauptwerth auf die Hebung des Hebammenstandes durch Fortbildung und Zuführung reiferer und moralisch so wie intellektuell höher und möglichst hoch stehender Kräfte. — Das Kontrollsystem zielt darauf ab, die den Volkskreisen entstammende, mit nur elementarer Vorbildung ausgerüstete Hebammenschaft, wie wir sie heute haben und behalten sollen, einer schärferen Kontrolle zu unterstellen durch die Beauftragung einer Reihe von Kontrollärzten mit der Aufsicht über die Hebammenschaft in Gruppen von nur wenigen Hebammen. Hierbei ist an eine strengere Organisation aller zum Wohle der Kreißenden und Wöchnerinnen arbeitenden Kräfte, um einen engeren Anschluss an eine Centralstelle, von der aus immer neue Impulse zur Belebung dieses ganzen Getriebes ausgehen sollten, nicht gedacht, und auch die Frage eines Ersatzes für die unzureichenden Wohnungs- und Wirthschaftsverhältnisse der ärmeren Volksklassen findet hier keine Berücksichtigung.

Es ist als flössen zwei Quellflüsse neben einander, die verschiedenen, klar sprudelnden Quellen entsprangen und die es gilt durch einen Verbindungsarm zu einem Segen bringenden gemeinsamen Strome zu vereinigen. Diese Aufgabe ist gewiss keine leichte und verschiedene Wege mögen uns wohl dem Ziele näher führen. Ich wollte es versuchen, einen solchen Weg hier anzudeuten und der Prüfung weiterer Kreise zugänglich zu machen. Zunächst lasse ich hier die »Hilfsorganisationen« des Asylsystemes folgen, um dann einige Erörterungen noch anzuknüpfen:

1) Ausbildung von Wochenpflegerinnen in einem theoretischen und praktischen Kursus, die als Schwestern eines engeren Wochenpflegerinnen-Verbandes in engem Anschlusse an das Asyl verbleiben und nur durch Vermittelung desselben Pflegestellen annehmen dürfen.

2) Heranziehung der Hebammen der Stadt auf Wunsch der Schutzbefohlenen zur gleichzeitigen praktischen Fortbildung in der Ausübung der geburtshilflichen Antiseptik unter Leitung und Aufsicht des Asylpersonals.

3) Unentgeltliche Lieferung von Antisepticis für Geburten in bedürftigen Verhältnissen, die dem Asyle nicht überwiesen wurden.

4) Ausleihung sog. »Wanderkörbe« mit reichlichen Bett- und Leibwäschevorräthen, mit Unterlagen etc. an Hebammen der Stadt

für solche Fälle, in denen die bedürftige Gebärende nicht zu bewegen ist, ihre Häuslichkeit mit den Vorzügen einer Anstaltspflege zu vertauschen.

5) Das Asyl stellt jedem Arzte und jeder Hebamme seine Räume, eventuell Hilfe für bedürftige Ehefrauen, frei zur Verfügung.

6) Hauspflege für die Zeit des Aufenthaltes der Wöchnerinnen im Asyle (10—14 Tage), z. B. nach Muster: Frankfurt a/M.: »Einfache zuverlässige ältere Frauen sind als »Hauspflegerinnen« engagirt und werden zur Führung des Haushaltes während der Wochenbettszeit gegen 1 *M* Tageshonorar und freie Beköstigung auf Ansuchen hilfsbedürftiger Familien durch Vermittelung des Asyls entsendet.

7) Eventuelle Lieferung von Mittagsportionen für die Angehörigen während der Zeit der Abwesenheit der Wöchnerin aus dem Haushalte.

8) Anstellung von »Helferinnen«Damen des das Asyl verwaltenden Frauenvereins. Die Stadt ist in Bezirke eingetheilt. Für jeden Bezirk ist ein Vereinsmitglied als »Helferin« angestellt, welche die Kontrolle ausübt über alle Beziehungen des Bezirkes zum Asyle, speciell auch über die erwähnten »Hauspflegerinnen«, über die Verwendung der Wanderkörbe etc., ferner als erste Instanz eventueller Entscheidungen über Hilfsbedürftigkeit und Würdigkeit der Nachsuchenden.

Anknüpfend an das Institut der »Helferinnen« scheint es mir, als ob es für den Einfluss der von dem Asyle ausgehenden Kräfte auf die Gesammtorganisation des geburtshilflichen Personals vielleicht von Bedeutung wäre, die Befugnisse dieser Damen gemäß eines Einblickes in Fachkenntnisse etwas zu erweitern, sie über das Niveau der Laienhilfe zu erheben und sie mit einer »relativen Kontrolle« der Hebammenschaft beauftragt, zum integrirenden Theile des ganzen geburtshilflichen Apparates zu machen. Diese partielle Fachbildung beziehe ich auf die Beurtheilung einer sachgemäßen Ausübung geburtshilflicher Aseptik und Antiseptik. Hierzu bedürfte es eines mindestens mehrwöchentlichen theoretischen und praktischen Kursus in diesem Zweige der Geburtshilfe im Asyle.

Hierin kann ich Brennecke nicht ganz beipflichten, dass es so durchaus wünschenswerth wäre, dass intellektuell möglichst hoch stehende Kräfte für den Hebammenberuf gewonnen würden. Wenn im Allgemeinen auch der Höhe der Verantwortung einer Berufsthätigkeit die Höhe der Bildungsstufe entsprechen soll in der Voraussetzung, dass moralische und geistige Reife gleichen Schritt halten, so kann man es doch von Frauen der höheren Gesellschaftsklassen kaum voraussetzen und verlangen, dass sie Tage und Nächte hindurch oft genug in elender Hütte mit Lehmboden, in einer dumpfen, jeder Sauberkeit baren Kellerwohnung oder Bodenkammer, wo möglich unter Ungeziefer bei einer Kreißenden ausharren und dieser, sie in jeder Einzelheit der äußeren Umstände anwidernden Berufsthätigkeit mit Arbeitsfreudigkeit nachkommen. Die den Volks-

kreisen entstammende Hebamme fühlt diese äußeren Mißstände und Hindernisse doch lange nicht in dem Maße. Sie steht den Bedürfnissen und Misèren des ärmeren Volkes viel näher und versteht es daher sehr viel besser, in ruhiger Gelassenheit auf diese Verhältnisse geduldig und beruhigend einzugehen.

Für die Frau der höheren Stände wäre die Ausübung des Berufes in obwaltenden Wohnungs- und Wirthschaftsverhältnissen nicht mehr ein Samariterthum, sondern ein Martyrium. — In den meisten Fällen würde eine solche Berufsarbeit zu einer ungeduldigen Auflehnung, zu einer Verbitterung und schließlich zum Gefühl der Ohnmacht und Resignation führen. — Die ruhige Gelassenheit unserer heutigen Hebamme ist ein sehr gewichtiger Faktor in diesen Verhältnissen und ich möchte mich daher Prof. Schatz anschließen, wenn er sagt: »Wir können die Hebammen nur so brauchen, wie wir sie heute haben«, d. h. wir können sie nur aus den Volkskreisen rekrutiren, aus denen die heutige Hebamme im Allgemeinen stammt. Dabei bleibt es aber noch sehr wünschenswerth, dass auf eine sorgfältigere Auswahl der Schülerinnen (Aufhebung des Präsentationsrechtes) viel mehr Gewicht gelegt wird, als es heute geschieht.

Eine Gefahr birgt allerdings das Naturell unserer Hebammen in sich, das ist die Ausartung ihrer »geduldigen Ergebenheit« gegenüber den großen Schwierigkeiten ihres Berufslebens in »gewissenlose Gleichgültigkeit«. — Und um dieser Degeneration vorzubeugen, die — wie es mir scheinen will — auch durch einen mehrmonatlichen Ausbildungskursus mit besonderer Berücksichtigung der geburtshilflichen Aseptik und Antiseptik nicht sicher vermieden wird, dient vielleicht eine fachkundige Anregung neben der Kontrolle. Dies bezieht sich wohl in ganz hervorragender Weise auf das Gebiet der Aseptik; und eine regelmäßige Beaufsichtigung und sachkundige Aufmunterung in gefälliger Form könnte hier vielleicht das Erwünschte leisten. — Ich meine die Frau aus höheren Ständen, die in geburtshilflicher Aseptik geschulte »Helferin«, könnte hier anordnend und beaufsichtigend die Hebamme vor dem Verfalle ihres Verantwortlichkeitsbewusstseins bewahren. — Gleichzeitig ist sie der Hebamme und der Schutzbefohlenen eine »Helferin«! — Sie sorgt für die nöthigen Wäschestücke (Wanderkörbe) im Auftrage der »Sektion für Wöchnerinnenpflege« des Vaterländischen Frauenvereins (»Grundzüge einer Reform der geburtshilflichen Ordnung im Preußischen Staate«, von der Ärztekammer der Provinz Sachsen beschlossen in den Sitzungen vom 5. Mai 1898 und 2. Mai 1899). — Als Beauftragte des Kreisphysikus, als Frau des Pfarrers, des Gemeindevorstehers, des Gutsherrn oder Brotherrn der Schutzbefohlenen, als Mitglied des »Vaterländischen Frauenvereins« genießt die »Helferin« a priori den Respekt der Hebamme, die wohl oft genug in gewissem Sinne auch von ihr abhängig sein wird. Jedem Hebammenbezirke müsste mindestens eine solche »Helferin« zugehören und möglichst mit der Hebamme den gleichen Wohnsitz haben. — Nur

so kann bei den unzulänglichen Verkehrsverhältnissen auf dem Lande eine Beaufsichtigung und Kontrolle in effectu, nicht nur in effigie zur Durchführung gelangen.

Die obligatorische Meldung jeder Geburt von Seiten der Hebamme an die »Helferin« des Bezirkes und auch an den Kreisphysikus resp. Kontrollarzt (event. telegraphisch) wäre die Vorbedingung einer exakten Durchführung eines solchen Systemes. Für einen Kontrollarzt auf dem Lande liegt auch selbst bei Eintheilung des Kreises in kleinere Bezirke immer noch eine ganz erhebliche Schwierigkeit in den ungenügenden Verkehrsmitteln.

Die ländlichen Arbeitgeber halten sich nicht für verpflichtet, in Fällen einfacher Geburten die Fahrgelegenheit für den Arzt zur Verfügung zu stellen und die miethweise Beschaffung dieses Verkehrsmittels zur Beförderung des Kontrollarztes dürfte den diesbezüglichen Etat nicht unwesentlich belasten. Ein möglichst häufiges Zusammentreffen des Kontrollirenden mit der Hebamme auch am Kreißbette von Normalgeburten kann allein den Anforderungen zur Aufrechterhaltung einer exakten Hebammenthätigkeit genügen.

Die Helferin benutzt das Fuhrwerk, welches für die Hebamme von dem Brotherrn der Schutzbefohlenen ausgestellt ist. Sie wird meistens persönlich bekannt sein im Hause des Brotherren und kann daher durch intimere Beziehungen wohl Manches eher und leichter erreichen, als der fremde ärztliche Vertreter der Behörde. Auch wäre es die Aufgabe dieser »Helferinnen«, ihren Einfluss dahin geltend zu machen, wenn möglich in jeder Ortschaft eine einfache kleine heizbare Kammer mit sauber gehaltener entsprechender Ausstattung für Geburtszwecke herrichten zu lassen: »das Asyl auf dem Lande«. Die hierzu erforderlichen Mittel dürften mit Unterstützungen von Seiten des »Vaterländischen Frauenvereins« und der Gemeinde vielleicht in vielen Fällen nicht zu schwer aufzubringen sein.

Das System der »Hauspflegerinnen« auf ländliche Verhältnisse anzuwenden ist bereits von der Ärztekammer der Provinz Sachsen in Aussicht genommen und scheint auch nicht mit besonderen Schwierigkeiten verbunden. Diese Personen wären dann wohl auch der Helferin resp. der Frau des Gemeindevorstehers oder Gutsherrn zu unterstellen. Damit wäre wohl für die Aufrechterhaltung des Hauswesens genügend geleistet; und man könnte annehmen, dass nun die Wöchnerinnen ohne Sorge für das Wohl der Ihrigen in aller Ruhe das wünschenswerthe 10tägige Wochenbett aushalten würden. An der thatsächlichen Durchführbarkeit dieses Postulats unter noch so günstigen äußeren Verhältnissen muss man aber doch wohl zweifeln. Eine Aufklärung über die Nothwendigkeit dieser Ruhe für die Erhaltung der Gesundheit etc. ist fast ausnahmslos erfolglos und die Hebammen selbst haben in diesen Schichten der Bevölkerung fast jeden Widerstand gegen die nun einmal übliche Sitte, am 3. bis 4. Tage aufzustehen, nicht nur aufgegeben, sondern sind großentheils

indifferent genug, ein solches Beginnen noch zu befürworten und mit ihrer Autorität zu sanktioniren. Die fremde »Hauspflegerin« würde ohnehin doch als eine gewisse Unbequemlichkeit in der Häuslichkeit empfunden werden, und vor Allem das »Gesundheitsgefühl« der Wöchnerin duldet sie nicht länger im Bette und treibt sie unwiderstehlich zur Befriedigung ihres häuslichen oder gar erwerblichen Thatendranges. Es erscheint daher erforderlich, noch eine andere »causa movens« zu schaffen, um die Wöchnerin 10 Tage an das Bett zu fesseln, und eine solche dürfte wohl am erfolgreichsten auf dem materiellen Gebiete in Wirksamkeit treten. Wäre es da nicht vielleicht zweckentsprechend, den Wöchnerinnen von Seiten des »Vaterländischen Frauenvereins« ein angemessenes »Wochenbetttagesgeld« zu gewähren, das unter der Bedingung des Einhaltens eines 10tägigen Wochenbettes postnumerando ausgezahlt, bei jedem Verstoße gegen diese Vorschrift aber vorenthalten würde? — Die Kontrolle hierüber würde auch wohl der Frau des Gemeindevorstehers, Gutsherrn etc. obliegen und ein Ertappen der Wöchnerin auf »unerlaubten« Wegen müsste die Entziehung der Unterstützung unnachsichtig zur Folge haben. Es dürfte vielleicht die Furcht vor dem Verluste eines materiellen Vortheiles ein recht wirksamer Beweggrund für ein unseren Wünschen entsprechendes Verhalten der Wöchnerinnen sein und auch die entstehenden Kosten dürften für eine solche Institution nach Maßgabe des ortsüblichen Lohnsatzes nicht gerade sehr bedeutend sich gestalten. — Für erkrankte Wöchnerinnen, so fern die Überführung in ein öffentliches Krankenhaus nicht beliebt wird, dürften dann auf Ansuchen des Frauenvereins der Helferinnen etc. vom Wöchnerinnenasyle einer Provinzialstadt die Wochenpflegerinnen, die als Genossenschaft in engerem Verbande zum Asyle verbleiben und nur durch Vermittelung desselben zu beziehen sind, gestellt werden. Der enge Anschluss der Wochenpflegerin-Genossenschaft an das Asyl erscheint nothwendig zum Schutze des Hebammenstandes und Vermeidung der Pfuscherei. Die Wochenflegerinnen werden nur da bewilligt, wo dem Asyle der Name der bei der Geburt thätig gewesenen Hebamme genannt wird. Bei einer freien Praxis der »ausgebildeten Wochenpflegerinnen« wäre ein Übergreifen dieser Personen in die Befugnisse der Hebammen (bei der Geburt), also eine geburtshilfliche Kurpfuscherei, nicht ausgeschlossen und sie soll andernorts — sogar unter Mitwissenschaft von Ärzten — mit gleichzeitigem Ausschlusse der Hebamme vorgekommen sein.

Neben den von der sächsischen Ärztekammer vorgeschlagenen Verbesserungen zur Hebung des Hebammenstandes und Neuorganisation des ganzen geburtshilflichen Apparates erschien mir die Einführung dieser »geburtshilflich antiseptisch geschulten Helferinnen« als integrirender Bestandtheil des ganzen Getriebes und als Bindeglied zwischen dem Asyle und dem allgemeinen geburtshilflichen Organismus eine diskutable Neuerung darzustellen, die ich daher der Öffentlichkeit und Nachprüfung übergeben wollte.

---

1) **A. Müller** (München). Geburtshilfliches Taschenphantom.

München, **J. F. Lehmann,** 1899.

Das auf der Naturforscherversammlung demonstrirte Phantom ist nun in doppelter Ausgabe, in großer und kleiner Ausführung, erschienen.

Es besteht aus einem sagittalen Beckendurchschnitte, in dem die Symphyse und das Kreuzbein durch erhabene Holzleisten dargestellt sind, wodurch eine Art Beckenhöhle zu Stande kommt. Die Einwirkung der Weichtheile wird in sinnreicher Weise durch bewegliche, flache Uhrfedern veranschaulicht; so wird z. B die Inanspruchnahme des Dammes in lehrreicher Weise dargestellt. Dem Phantom sind in entsprechender Größe 7 verschiedene Ausschnitte von Köpfen im Profil, die »typischen Konfigurationen« Beobachtungen des Verf. entsprechend, beigegeben. Der Verf. will hiermit die — von ihm besonders betonte — Abhängigkeit des Beckenausgangsmechanismus von der »sekundären Kopfform« zeigen. Das Phantom beschränkt sich nämlich darauf, den natürlichen Beckenausgangsmechanismus der verschiedenen Kopflagen und die künstliche Entbindung bei denselben durch Zange und Perforation zur Anschauung zu bringen. Nicht dargestellt werden kann: der Eintritt des Kopfes in das Becken, die Stellung desselben im Beckeneingange und in der Beckenweite, so wie die Drehungen des Kopfes bei seinem Durchtritte durch das Becken (mit Ausnahme der letzten).

Zur Erlernung der Anlegung und Handhabung der Zange ist ferner dem Phantom (von der Taschenausgabe) ein Miniaturzangenlöffel beigefügt, der an dazu passenden Stiften befestigt werden kann. Mittels desselben lässt sich in recht hübscher Weise die Lage der Beckenausgangszange und die Umhebelung des Kopfes um die Symphyse zeigen; jedoch die Einführung der Zangenlöffel, die Anlegung der Zange bei etwas höher stehendem Kopfe und die dann nothwendigen wichtigen Drehungen des Kopfes sind nicht damit zu demonstriren.

Der dem Phantome beigegebene Text behandelt kurz die Eintheilung, Diagnose, Pathologie und Therapie der Kopflagen. Bei der Besprechung der Eintheilung und des Mechanismus der Lagen nimmt der Verf. verschiedentlich Gelegenheit, seine, schon in früheren Arbeiten veröffentlichten, von der allgemeinen Anschauung theilweise abweichenden Ansichten und Bezeichnungen wiederzugeben. Es folgt die Besprechung der Indikationen und die der allgemeinen und speciellen Therapie in übersichtlicher, im Wesentlichen an die Winckel'sche Schule sich anschließender Weise.

Das Phantom ist für den vor dem Examen stehenden Studenten und für den praktischen Arzt als Repetitorium bestimmt.

Wohl nur versehentlich ist auf dem Titelblatte zum Text der ziemlich umfangreichen größeren Ausgabe der Ausdruck »Taschenphantom« gebraucht.

Engelmann jun. (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 12. Januar 1900.

Vorsitzender: Herr P. Ruge; Schriftführer: Herr Flaischlen.

Herr Geheimrath Kristeller wird einstimmig zum Ehrenmitglied der Gesellschaft ernannt.

I. Demonstrationen.

1) Herr J. Hofmeier zeigt 3 Präparate, die er bei Obduktionen im Elisabeth-Krankenhause gewonnen:

a. Eine kindskopfgroße Pyometra, 2 Monate nach der Kauterisation eines inoperablen Carcinoma uteri entstanden.

b. Eine kaum 1 cm im Durchmesser haltende, geplatzte linksseitige Tubarschwangerschaft.

c. Eine wahrscheinlich intramurale linksseitige Extra-uterin-Gravidität durch Fibroma uteri bedingt.

Diskussion: Herr Gottschalk weist darauf hin, dass in dem demonstrirten Falle von Frühruptur eine äußere Überwanderung des Eies vorliege, da das Corpus luteum dem Ovarium der anderen Seite angehöre. G. hat vor annähernd 2 Jahren hier 3 derartige Fälle mit äußerer Überwanderung vorgelegt.

Herr Opitz bemerkt zu dem 2. Präparate von Herrn Hofmeier, dass die Uterusschleimhaut sich nicht in Decidua verwandelt hat, obwohl man dies doch bei einer Tubargravidität in der 2. Hälfte des 1. Monats erwarten müsste. Danach könnte vielleicht hier eine andere Ursache als Tubargravidität die Ursache zu der letalen Blutung abgegeben haben.

Herr Gottschalk kann den von Herrn Opitz gegen die Deutung des von Herrn Hofmeier vorgelegten Präparates von Frühruptur einer Eileiterschwangerschaft erhobenen Einwand als beweisend nicht ansehen. In einem der von G. operirten und bereits erwähnten Fälle mit äußerer Überwanderung, welcher, sowohl was die Frühzeitigkeit als auch den Sitz der Zerreißung des Eileiters anbetrifft, dem von Herrn Hofmeier vorgelegten aufs Haar glich, konnte G. an der 8 Tage nach der Ruptur bezw. geglückten Operation abgegangenen Gebärmutterschleimhaut eine Umwandlung der Bindegewebskörperchen in Deciduazellen noch nicht wahrnehmen, wohl eine Abplattung des Drüsenepithels.

Herr Opitz erwidert Herrn Gottschalk, dass er gar nicht behauptet habe, es könne keine Tubargravidität vorliegen, sondern nur, dass die Möglichkeit einer anderen Erkrankung nicht von der Hand zu weisen sei, so lange nicht histologische Untersuchungen der Tubenanschwellung und des in der Bauchhöhle gefundenen Coagulums vorlägen. Desshalb sei eine genauere Untersuchung sehr wünschenswerth.

2) Herr Zangemeister demonstrirt eine Kurventabelle, in der sich für $1/2$ Jahr alle Witterungsfaktoren in Kurven aufgezeichnet finden, und in welche die in Berlin in der Univ.-Frauenklinik, der Charité und der Martin'schen Klinik innerhalb dieses Zeitraumes vorgekommenen Eklampsiefälle eingetragen sind. Der häufig besprochene Einfluss der Witterung auf den Ausbruch von Eklampsie ist danach nur so zu verstehen, dass es sich um Witterungsschwankungen handelt, die sich plötzlich, innerhalb eines Tages vollziehen und meist in einem Ansteigen der eben erst herabgesunkenen absoluten Feuchtigkeit, Sinken des Luftdruckes und Steigen der Temperatur bestehen.

Dem entspricht das in einer 2. Tabelle erwiesene (aus 3 Jahren) häufigere Vorkommen der Eklampsie in den Gewittermonaten Juni, Juli, August.

Der Einfluss der Witterung ist so zu denken, dass plötzliche Veränderungen eine im Ausbruch begriffene Eklampsie auslösen können, etwa durch Behinderung der Schweißsekretion.

II. Herr Robert Meyer: Demonstration des Gartner'schen Ganges bei Kindern und Erwachsenen.

M. demonstrirt an schematischen Abbildungen und an 37 mikroprojicirten Präparaten den Wolff'schen (Gartner'schen) Gang bei menschlichen und Kaninchenembryonen, bei Kindern und Erwachsenen.

Ausführliche Beschreibung liegt vor in: Robert Meyer, Über epitheliale Gebilde im Myometrium des fötalen und kindlichen Uterus. — Ausführliche Beschreibung des Gartner'schen Ganges bei Erwachsenen folgt in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Diskussion: Herr W. Nagel fragt, wie oft Herr Meyer den Wolff'schen Gang in der Vagina bis zum Hymen gefunden hat und wie alt diese Individuen waren.

Die Wolff'schen Gänge betheiligen sich nicht an der Entwicklung der Scheide; als Regel verschwinden sie, sobald die Scheide in die Länge zu wachsen beginnt.

Bei Nichtbeachtung der auch bei jüngeren Embryonen vorhandenen Epithelgrenze zwischen (späterer) Cervix und (späterer) Vagina kann der untere Theil der Cervix, wo die Wolff'schen Gänge noch lange erhalten bleiben, bei Embryonen fälschlich als Theil der Scheide angesehen werden.

Herr Gebhard weist auf die Möglichkeit hin, dass aus den Verzweigungen, die der Gartner'sche Gang in die Cervixwand aussendet, die centralen Carcinomknoten und die malignen Adenome der Cervix entstehen könnten, und fragt Herrn Meyer, ob er eine Kommunikation von Drüsengängen des Wolff'schen Körpers mit der Kölomhöhle bisweilen hat konstatiren können.

Herr Robert Meyer (Schlusswort): Der Wolff'sche Gang persistirt nur ausnahmsweise in der Vagina (ununterbrochen bis zum Hymen nur bei einer Neugeborenen). Bruchstücke, auch die Einmündung des Wolff'schen Ganges in den Sinus urogenitalis hat M. bei Föten bis zu 10 cm häufig gesehen. Das Epithel ist wohl meist in der Vagina anders als im Uterus, aber bei Föten von 3 cm nicht immer; als ausschlaggebend für das, was Vagina ist, kann das Epithel nicht angesehen werden. Die demonstrirten Stellen unterhalb des Douglas'schen Raumes sind aber sicher Vagina; eben so sicher ist das Vagina zu nennen, wo zu beiden Seiten die Wolff'schen Gänge in den Sinus urogenitalis bei Föten von 5—10 cm münden.

Maligne Degenerationen des Gartner'schen Ganges sind bereits von Klein und v. Herff beschrieben.

Kommunikation Wolff'scher Kanäle mit der Bauchhöhle hat M. nie gesehen; die gestielten und ungestielten Cysten der Ala vespertilionis, welche M. oft gesehen, gehören dem Epoophoron an.

Tube und ektopische Schwangerschaft.

3) **Praeger.** Über Stieldrehung der Eileitergeschwülste.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 3.)

P. schildert 2 selbst operirte Fälle von Stieldrehung bei Hämatosalpinx. Unter 22 von ihm zusammengestellten Fällen, zu denen nur solche gerechnet wurden, bei denen es sich in der That um die primäre Stieldrehung der Eileitergeschwulst handelte, finden sich 17 Fälle von Hydro- resp. Hämatosalpinx verzeichnet. Die Seltenheit des Ereignisses an und für sich ist erklärlich, da eine Eileitergeschwulst viel seltener langgestielt ist als eine Eierstockgeschwulst, und da die meisten Eileitergeschwülste entzündlicher Natur sind. Bei diesen kommt es verhältnismäßig frühzeitig zu Verwachsungen, die eine Stieldrehung hindern; auch Eileiter-

schwangerschaft etablirt sich häufig in verwachsenen Organen, oder es kommt im Verlaufe der Schwangerschaft zur Verwachsung und Festlegung des Organs. Die glatte bewegliche Hydrosalpinx ist daher zur Stieldrehung am meisten prädestinirt. Nur in 2 Fällen war eine Pyosalpinx von der Stieldrehung betroffen, in 2 Fällen handelte es sich ebenfalls um Neubildungen des Eileiters, die an und für sich selten sind. Die Gründe der Stieldrehung sind im Wesentlichen dieselben wie bei Geschwülsten des Eierstocks. In dem einen Falle des Verf. bestand Gravidität im 4. Monat, die durch die Operation keine Unterbrechung erlitt. Doch ist kein anderer Fall unter den 22 mit Schwangerschaft vergesellschaftet. Die Blutungen in die Hydrosalpinx müssen als Folge der Stieldrehung angesehen werden, welche meist die Venen komprimirt, während die Arterien frei bleiben. Im Bauchfellraume kann es zu blutigem Ascites kommen. In dem einen Falle P.'s entstand eine typische Hämatocele. Von sämmtlichen operirten Fällen verlief nur einer tödlich durch 14 Tage post operationem eintretenden Darmverschluss. Die Operation ist auf jeden Fall und möglichst frühzeitig vorzunehmen.

Courant (Breslau).

4) **Küstner.** Über Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Samml. klin. Vorträge N. F. No. 244 u. 245. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

In ätiologischer Beziehung ist nach den neueren Untersuchungen besonders die Entzündung als ätiologisches Moment anzusehen. Was den Verlauf anbetrifft, so ist der tubare Abort sicher erheblich häufiger als die Tubenruptur. Zur Diagnose das Curettement und die mikroskopische Untersuchung der curettirten Gewebstheile auf deciduale Veränderungen vorzunehmen, hält Verf. für nicht ungefährlich und zudem für entbehrlich. Die Indikation zur Operation darf nicht zu sehr eingeschränkt werden und muss von denselben Gesichtspunkten betrachtet werden, wie die entzündlichen Adnexerkrankungen und die Affektionen des Beckenperitoneums. Zweifellos spielen hierbei auch die socialen Verhältnisse der Kranken eine maßgebende Rolle und man wird sich bei Armen eher zur Operation entschließen, weil für diese ein langes Krankenlager, wie es zur Resorption der Hämatocelen erforderlich ist, von ungleich größerer Bedeutung ist.

Für die Wahl der Methode ist es wichtig, dass man auf abdominalem Wege nicht bloß das Blut aus der Bauchhöhle entfernen, sondern auch die erkrankte Tube amputiren und den Genitalapparat bezüglich weiterer Maßnahmen an demselben gründlich nachsehen kann. Ferner soll man das durch Probepunktion per vaginam erhaltene Blut auf Bakterien untersuchen, und wenn dieses stark mikrobenhaltig befunden wird, lieber die Incision von der Scheide aus vornehmen.

Eine Zusammenstellung der von 1893—1898 in der Breslauer Frauenklinik operirten Fälle ist beigefügt. **Witthauer** (Halle a/S.).

5) **Leopold.** Beiträge zur Graviditas extra-uterina.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 3.)

L. macht uns mit 2 typischen Fällen von Graviditas interstitialis und 3 typischen Fällen von Graviditas auf der Plica infundibulo-ovarica bekannt. Außerdem giebt er eine kritische Würdigung aller bis jetzt bekannt gewordenen Fälle von Graviditas ovarica mit Berücksichtigung seines vor langer Zeit veröffentlichten von ausgetragener Eierstocksschwangerschaft. Zweck der Arbeit ist zu zeigen, dass das menschliche Ei sich auch extra-uterin nur auf einer Schleimhaut einnistet, die Cylinderepithel trägt. In dem einen Falle von interstitieller Schwangerschaft war mit dem ersten normalen Beischlafe Schwangerschaft und gonorrhoische Infektion erfolgt. Als Ursache des Liegenbleibens des Eichens im interstitiellen Tubentheile wird die bis dahin vorgeschrittene gonorrhoische Entzündung der Schleimhaut angesehen. Die interstitielle Lage des Eies wird auf Grund der schalenartigen Umgebung desselben mit den Muskelzügen der Gebärmutter und auf Grund des Abganges des Lig. rotundum außerhalb des schwangeren Hornes als sicher angenommen. Befindet sich das Ei noch auf der Fimbria ovarica, so sind an der oder um die Haftungsstelle herum Reste von Tubenschleimhaut in frühen

Stadien nachzuweisen als Reste dieser von der Tube zum Ovarium ziehenden Schleimhautrinne. Die Eiblase sitzt thatsächlich weder in der Tube noch im Ovarium, und ragt fürs erste frei in die Bauchhöhle. In allen 3 Fällen L.'s ging das Ei durch Abort zu Grunde. Nimmt man aber an, dass es bis zum Ende der Schwangerschaft gediehen wäre, so wäre der Nachweis des Ausgangspunktes wohl schwerlich gelungen. Man kann sich in ätiologischer Hinsicht vorstellen, dass im Beginn einer Entzündung die Tubenfimbrien schon verklebt sein können, während die Schleimhautrinne der Fimbria ovarica noch frei zur Einnistung des befruchteten Eies Gelegenheit bieten könnte. Als Ursache der Einbettung im Ovarium selbst muss die Erschwerung des Eiaustrittes aus dem Follikel durch schräge oder gewundene Aufbruchsstelle oder Liegenbleiben des Eies in einem zweitnächst aufgebrochenen Follikel als wahrscheinlich bezeichnet werden. Ein Theil der bisher veröffentlichten Fälle hält den kritischen Anforderungen, die man für die Diagnose der Ovarialschwangerschaft stellen muss: Völliges Freibleiben der betreffenden Tube, das Freisein der zugehörigen Plica infundibulo-ovarialis, Fehlen des Eierstockes, Verbindung des Fruchtsackes mit dem Eierstocksbande — nicht Stand. Die Eierstockselemente selbst können in vorgeschrittenen Fällen vollständig aufgebraucht sein. Jedenfalls ist das Ovarium gut geeignet, dem Ei eine feste Wandung zu geben, so dass die Entwicklung bis ans Ende der Schwangerschaft in vielen Fällen erfolgen kann. Die Diagnose der reinen Abdominalschwangerschaft ist nach alledem bis jetzt als unbegründet anzusehen. Für alle bisher bekannten Fälle von Extrauterin-Schwangerschaft, die in den ersten Monaten untersucht werden konnten, ließ sich immer ein Nest mit Cylinderepithel bekleidet (Ovarialfollikel, Tubenschleimhaut, Schleimhautrinne zwischen Ovarium und Tube) auffinden.

Courant (Breslau).

6) **O. v. Weiss** (Sarajevo). Über einen Fall von primärer Graviditas extra-uterina tubo-abdominalis. Wiederholt aus dem Bosn.-herzegov. Jahrbuch.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1898. No. 42 u. 43.)

Eine 25jährige IVpara, die im 8. Monate schwanger zu sein glaubt, war 11 Tage vor ihrer Aufnahme 3—4 m hoch von einem Baume herabgefallen und kam unter ziemlich bedrohlichen Symptomen (starke Schmerzen, kleiner Puls, Frequenz 120—130) in das Spital. Laparotomie. Der sich präsentirende extra-uterine zarte Eisack besteht nur aus fötalen Eihäuten, aufgelagertem Fibrin und Granulationsgewebe, liegt der vorderen Bauchwand innig an und erstreckt sich nach unten in den Douglas. Entwicklung der macerirten 1400 g schweren Frucht. Tamponade des Eisackes. Es fand sich, dass der unterste Theil der auf der ganzen linken Wand des Sackes aufsitzenden Placenta, welcher in den Douglas und auf die Rückseite des Uterus reichte, gelöst war, offenbar in Folge des Sturzes.

Schon der ungestörte Verlauf der Schwangerschaft sprach gegen sekundäre Abdominalschwangerschaft. Eine eigene Sackwand, wie sie bei Tubar- oder Ovarialgravidität hätte zu finden sein müssen, bestand nicht. Nach Entfernung der Placenta, wenige Tage post operationem, sah man an Stelle derselben eine Granulationsfläche, die in ihrem größten Antheile die Buckel der geblähten, offenbar unmittelbar sie begrenzenden Darmschlingen zeigte; nur von unten und vorn her ragte auch der Uterus herein. Die Untersuchung eines hinter dem Uterus emporwuchernden Granulationsstumpfs ergab, dass er der Tube angehöre. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt sich die Wand weder verdickt noch in ihren Elementen hypertrophische Veränderung. Keine Spur einer Einlagerung decidualer Zellen.

Nach ca. 3 Monaten wurde Pat. an einer Ventralhernie, die sie in Folge der nothgedrungen durchgeführten offenen Behandlung der Wunde und in Folge der schweren Arbeit, der sie obzuliegen hatte, acquirirte, operirt, wobei eine 50 cm lange Ileumschlinge resecirt wurde; an der Narbe inserirte ein ca. 15 cm langer, in das Becken zur rechten Tubenecke ziehender und in diese übergehender Strang, der die ausgezogene rechte Tube darstellt. Nahe der Bauchwand zeigt sie kein

Lumen; die eigentlichen Wandungen der Tube lassen den muskulösen Bau noch erkennen. Aus dem Befunde bei der 2. Operation geht hervor, dass weder das Ovarium noch die Fimbria ovarica zur Eisackbildung beigetragen hatten, Ovarial- wie auch Tubo-Ovarialgravidität somit von vorn herein ausgeschlossen sind.

Die Betheiligung der Tube ist dagegen nahezu sicher gestellt, jedoch kann nur der äußerste Theil der Tube, offenbar nur der Tubentrichter betheiligt sein.

Die Befunde der 1. und 2. Operation, die sich gegenseitig ergänzen, zusammengenommen ergeben, dass es sich um einen sicheren Fall von reiner rechtsseitiger Tubo-Abdominalschwangerschaft gehandelt hat. Bei der Nestbildung des Eies, bei der Gefäßversorgung des Eibettes dürfte das große Netz eine wesentliche Rolle gespielt haben. **Dittel** (Wien).

7) **F. Stepkowski** (Warschau). Beitrag zur Ätiologie der Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Medycyna 1898. No. 43 u. 44.)

In der Ätiologie der Extra-uterin-Schwangerschaft giebt es viele unklare Punkte. S. hat versucht, durch genaue Untersuchungen und Einreihen in eine sorgfältige Tabelle einiges Licht in dieses Kapitel zu bringen, wozu ihm 33 von Neugebauer (Warschau) operirte Fälle zur Verfügung standen. Es wurden nur die ventral operirten Kranken für die Lösung der schwebenden Fragen verwandt.

Die Extra-uterin-Schwangerschaft ist im mittleren Alter der Frau am meisten zu beobachten: 24 von 33 Frauen waren 30 und mehr Jahre alt; die jüngste war 23, die älteste 42 Jahre alt.

Das Zeitintervall zwischen der letzten normalen Schwangerschaft und dem pathologischen Zustande schwankte zwischen 4 Monaten und 15 Jahren. 5 Frauen waren Erstgebärende (15,2%). Bei 28 Tubenschwangerschaften lag das Ei 6mal in der Ampulle und 9mal im Isthmus tubae.

Von gleichzeitigen pathologischen Zuständen der Genitalien wurden konstatirt: 10mal Endometritis, 1mal Degeneratio tubo-ovarialis, 5mal cystische Degeneration der Eierstöcke, 2mal interligamentäre Kystome, 2mal auffallend starke Schlängelung des Eileiters. In 12 Fällen (36,4%) hatten Aborte in früherer Zeit stattgefunden. Auch während des Säugegeschäfts ist 1mal Extra-uterin-Gravidität eingetreten. Bei einer Pat. war die Extra-uterin-Schwangerschaft zum 2. Male beobachtet worden. **Flatau** (Nürnberg).

8) **Z. Dukalski** (Stawiscyn). Ein Fall von Graviditas extra-uterina interstitialis.

(Gaz. lekarska 1898. No. 53.)

Eine 36jährige VIIpara, die vor 3 Jahren zum letzten Male entbunden und einen Abortus durchgemacht hat, ist seit 4 Monaten schwanger und blutet seit 3 Wochen. Die innere Untersuchung ergiebt nichts Besonderes außer einer leichten Linkslagerung. Auf Verordnung von Extr. Viburni prunifol. und Ruhe verschwand die Blutung, die jedoch nach einiger Zeit wiederkehrte. Bei nochmaliger bimanueller Untersuchung findet sich eine citronengroße, harte Geschwulst im linken Scheidengewölbe. Der Verdacht auf interstitielle Extra-uterin-Gravidität wurde ausgesprochen, die Kranke begab sich jedoch in eine benachbarte Universitätsklinik und kehrte nach einer Curettage, angeblich geheilt, zurück. Schon nach 14 Tagen trat indessen eine erneute starke Blutung in Begleitung sehr starker Wehen auf, durch welche ein Ei in toto herausgestoßen wurde. Der Fall ist in so fern bemerkenswerth, als in der Universitätsklinik trotz Curettage und mikroskopischer Untersuchung der Massen die richtige Diagnose nicht gestellt worden war, sondern Endometritis post abortum festgestellt wurde. **Flatau** (Nürnberg).

9) **J. K. Kelly** (Glasgow). Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Glasgow med. journ. 1899. Juni.)

Wm. Priestley empfiehlt noch 1896 im »System of Gynaecology« von Playfair für sämmtliche extraperitoneale und einen großen Theil der intraperitonealen

Hämatocelen die abwartende Behandlungsmethode; ähnlich Hart und Barbour in ihrem Lehrbuche von 1897. Dem gegenüber vertritt K. ganz energisch den operativen Standpunkt: die Diagnose sei leicht, die Operation einfach, Abwarten verhängnisvoll. Er zählt seine 16 Fälle kurz auf und empfiehlt dringend den abdominalen Weg. In einem von der Scheide her geöffneten Falle trat septische Peritonitis ein mit letalem Ausgange, im anderen musste er kurze Zeit nach der Operation doch noch laparotomiren und die durch die Extra-uterin-Gravidität degenerirte Tube entfernen, um so die weiter anhaltenden Uterinblutungen zu beseitigen. **Zeiss** (Erfurt).

10) **H. Gilford.** Über die Ruptur extra-uteriner Fruchtsäcke im 1. Monate.

(Lancet 1899. Juni 24.)

Seinem früheren Berichte kann G. 2 neue operirte Fälle anfügen, so dass er die Ruptur im 1. Monate der Schwangerschaft für häufig hält. Die richtige Diagnose wird desshalb oft nicht gestellt, weil eine Beckenhämatocele sich gar nicht zu bilden braucht, vor allen Dingen, wie Priestley und Doléris ebenfalls betont haben, aber nicht selten aus anderen Gründen entstanden ist. Ferner geben diese frühzeitigen Rupturen schwer zu deutende Symptome, wie Schmerz in der Magen- oder Colongegend, während die Schwangerschaftszeichen fehlen. Verdächtig ist die Angabe der Frau, dass nach der Periode unregelmäßig sich ein geringer blutiger Ausfluss gezeigt habe.

Der tubare Fruchtsack war im 1. Falle 1,8 cm lang und 1,2 cm breit. Interessant war die Thatsache, dass 3 kleine Risse an verschiedenen Stellen nachzuweisen waren. Beim Durchschneiden des Tumors war das geronnene Blut nach Art der Zwiebelschalen geschichtet, woraus G. die anfallsweisen Schmerzen erklären will. Anlässlich des 2. Präparates, das G. als Ovarialgravidität deutet, hatte derselbe eine briefliche Auseinandersetzung mit Bland Sutton, welcher das Präparat nach makroskopischer Betrachtung für einen geplatzten, ungewöhnlich großen Graaf'schen Follikel hielt. Bemerkt sei, dass weder Lawson Tait noch Bland Sutton an das Vorkommen von Eierstocksschwangerschaften glauben. Targett erklärte jedoch den vorliegenden Fall für eine ektopische Schwangerschaft. **Rissmann** (Osnabrück).

11) **L. Fränkel** (Breslau). Experimente zur Herbeiführung der Unwegsamkeit der Eileiter.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 2.)

Der Fritsch und Arendt misslungene Versuch, mittels Tubenunterbindung Schwangenschaft zu verhüten, regte Verf. an, an der Kaninchentube und am Kaninchenuterushorne experimentell auf verschiedene Art und Weise einen vollständigen Verschluss herbeizuführen. Im Ganzen stellte Verf. mit 26 Kaninchen 33 Versuche an den Eileitern und 29 an den Uterushörnern an, die für die Frage verwerthbar waren. Zur Impermeabilisirung wurden verwendet die einfache Unterbindung mit Gummiligatur, Seide und Katgut, einfache Durchschneidung, doppelte Unterbindung, doppelte Unterbindung und Durchschneidung, doppelte Unterbindung und Resektion, Resektion allein; ferner Verkohlung des Kanales nach beiden Richtungen. Zur Feststellung der anatomischen Resultate nach verschieden langen Zeiträumen dienten einzig und allein die mikroskopisch verarbeiteten Präparate, die Durchforschung lückenloser Serienschnittreihen, welche bei der Kleinheit der Objekte allein im Stande sind, unzweideutige Befunde zu geben. Im Folgenden nur die Hauptresultate der vielseitigen Beobachtungen. — Trotz vorzüglich liegenden Fadens und fester Umschnürung gelingt es sehr häufig nicht, das Lumen des Eileiterkanales aufzuheben. Unter 33 Versuchen den Eileiter zu verschließen gelang es nur 2mal, sichere Atresie des Kanales zu erzielen, also in 6% aller Fälle. Unter den 20 Tubenversuchen, deren Asepsis zweifellos ist, findet sich nur ein Fall von Atresie (5%). Unter 29 Versuchen am Uterushorn gelang es nicht ein einziges Mal, eine ausschließliche Atresie zu erzielen. Es lässt sich durchaus kein Anhalt

dafür gewinnen, dass die wenigen Fälle von Atresie bei einer bestimmten Methodik eingetreten sind. Nächst dem Offenbleiben des Kanales war die häufigste Erscheinung das Einschneiden des Fadens bis zur Eröffnung desselben, die Berstung des Rohres an der Stelle des Knotens. In einem Falle kam es zur Sequestrirung und Ausstoßung der konstringirten Partie, und zur vollständigen Restitution der Tube. Nach der Resektion ohne Ligatur blieb in den meisten Fällen median und lateral das Lumen offen, in 2 Fällen kam es sogar zur Wiederherstellung der Kontinuität des Tubenrohres, ein Resultat, das nie erreicht wurde, wenn gleichzeitig ligirt worden war. In diesen Fällen entsteht also meist eine doppelte Tuboperitonealfistel. Bei 10 von 26 Thieren und bei aseptischem Heilungsverlaufe fanden sich Flüssigkeitsansammlungen meist lateral von der Ligatur resp. Durchschneidungsstelle, also Hydrosalpinx und Hydrometra bei offenem Wimpertrichter und durchgängigem Cervicalkanale. Auch der außerordentlich häufige Befund verschiedenartiger Adhäsionen bei aseptischem Verlaufe ist als wichtig hervorzuheben. — Die Wichtigkeit dieser Resultate, die allerdings nicht ohne Weiteres auf den Menschen zu übertragen sind, für die Frage der operativen Sterilisirung und die der Methode bei der Entfernung der Adnexe leuchtet ein, und wird vom Verf. des genaueren gewürdigt. Indem er in Betracht zieht, dass Riess bei Gelegenheit wiederholter Operationen auch beim Menschen Tubenstümpfe offen in die Bauchhöhle mündend vorgefunden hat, kommt er zu dem Schlusse, dass als sicheres Verfahren für die präventive Tubensterilisation und die Exstirpation entzündlicher Adnextumoren nur die Hinwegnahme der ganzen Tube mit Resektion des interstitiellen Theiles zu betrachten sei. Die Sterilisirung ist nach Ansicht des Verf. nur auf strengste Indikation hin, und nur bei Gelegenheit anderer Operationen auszuführen. Der physiologische Thierversuch, nach den Tubenverschließungen auch intra- oder extra-uterine Schwangerschaft zu erzielen, hat F. allerdings vollständig im Stiche gelassen. Auch für den Menschen liegt nur der Fall Pissemsky vor, bei dem nach Unterbindung der Tuben Schwangerschaft eintrat, und die gelegentlich der zweiten Sectio caesarea exstirpirten Tuben untersucht werden konnten. Die eine war durchgängig. Ref. will es scheinen, dass nach Tubenresektion, auch wenn sich die Resektionsstellen des Tubenlumens nach der Bauchhöhle hin öffnen, die Gefahr einer intra- oder gar extra-uterinen Schwangerschaft gering ist, so dass in dieser Hinsicht die Befürchtungen des Verf. übertrieben erscheinen. Intra-uterine Schwangerschaft ist beim Menschen nur nach Tubenunterbindung beobachtet, deren Unzulänglichkeit schon durch die Fälle von Fritsch und Arendt erwiesen ist. Immerhin ist die Arbeit des Verf., besonders die genaue anatomische Bearbeitung des Problems, als klärend in der brennenden Frage der präventiven Tubensterilisation zu begrüßen. **Courant** (Breslau).

12) Y. Delore (Lyon). Darmverschluss durch Torsion des Mesenteriums um eine tubo-intestinale Adhäsion.

(Lyon méd. 1898. Juni 12.)

Eine 53jährige Frau mit Darmverschluss, Beginn der Symptome vor 9 Tagen, kommt zur Operation. Ort der Obstruktion nicht zu diagnosticiren, Collaps, Anlegung eines Anus praeternaturalis (Poncet), Tod nach 30 Stunden. Von der rechten Tube aus geht ein schlaffes entzündliches Band zum Rectum, und ein zweites, 4 cm langes, zum Dünndarme, etwa 50 cm über dem Coecum. Das zweite Band selbst ist um seine Achse gedreht und das Mesenterium außerdem um dasselbe herum torquirt mit drohender Gangrän. D. demonstrirte die Präparate in der Société nationale de médecine de Lyon. Also auch dieser Fall mahnt wieder eindringlichst: zeitig operiren! **Zeiss** (Erfurt).

13) Vignard. Haematometra lateralis und Hämatosalpinx.

(Arch. prov. de chir. 1899. No. 4.)

Ein 17jähriges Mädchen, welches stets unregelmäßig, schwach und mit Schmerzen menstruirt hatte, litt seit 5 Monaten an fortdauernden Schmerzen, die

sich in gewissen Zwischenräumen zu großer Heftigkeit steigerten. Die rechte Bauchseite war durch einen großen Tumor aufgetrieben, dem noch ein kleinerer vorn aufgelagert war, das rechte Scheidengewölbe war stark herabgedrängt, das linke in die Höhe gezogen. Die Diagnose lautete, wie oben gesagt, und wurde durch die Laparotomie bestätigt. Die rechtsseitige Hämatosalpinx wurde von leicht löslichen Verwachsungen befreit und entfernt; an dem großen Tumor hing links die kleine normale Uterushälfte mit ihren gesunden Anhängen. Der Bauch wurde geschlossen, die Hämatometra von der Vagina aus eröffnet und drainirt. Heilung.

Ref. hat einen ganz gleichen Fall genau so behandelt und in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie im Anfange vorigen Jahres beschrieben.

Witthauer (Halle a/S.).

14) **Rouffart.** Die Behandlung der Pyosalpinx durch Kolpotomia posterior.

(Journ. méd. de Bruxelles 1899. No. 22.)

R. spricht sich gegen die von Monod, Hartmann und Routier empfohlene Incision von Pyosalpinxsäcken durch das hintere Scheidengewölbe aus, da bei diesem Eingriffe leicht die jene von der freien Bauchhöhle abschließenden Verwachsungen (wenn solche nicht bestehen, ist die Eröffnung des freien Eitersackes natürlich von vorn herein kontraindicirt) gelöst und so infektiöser Inhalt in das Abdomen gelangen kann. Außerdem sah er manchmal Fistelbildungen zurückbleiben. Schließlich sind bedrohliche Blutungen in Folge von Verletzung eines Astes der Uterina vorgekommen. R. zieht desswegen in solchen Fällen die Köliotomie oder die vaginale Hysterektomie vor. Nur wenn die Pyosalpinx direkt dem hinteren Scheidengewölbe aufliegt und mit dem Peritoneum verwachsen ist, ist ein Versuch mit der Kolpotomia posterior gerechtfertigt. **Graefe** (Halle a/S.).

15) **B. Friedenheim** (Berlin). Beitrag zur Lehre vom Tubencarcinome. Über ein primäres, rein alveoläres Carcinom der Tubenwand.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 25.)

35jährige IIIpara. Letzte Geburt vor 4 Jahren. Vor $^3/_4$ Jahr Beginn der Erkrankung mit Schmerzen in den Seiten, besonders links und im Kreuze. Weißer Fluss. Stuhlverstopfung. Seit letztem Sommer Abmagerung. In letzter Zeit Schlaflosigkeit wegen Schmerzen. Menses regelmäßig, reichlich. Untersuchungsbefund: Kleiner, anteflektirter Uterus. Rechte Adnexe frei; linke in einen über faustgroßen, harten Tumor verwandelt, sehr beweglich. Köliotomie. Lösung der Adnexgeschwulst und Darmadhäsionen. Linkes Parametrium mit Tumormetastasen infiltrirt. Abtragung der linksseitigen Anhänge. Heilung p. p. i. Nach 2 Monaten im linken Parametrium derbe Tumormassen zu fühlen, welche sich bis in den Douglas erstrecken.

Mikroskopische Untersuchung ergiebt ein im mittleren Drittel der Tube in der Wandung entstandenes (primäres, autochthones) rein alveoläres Cylinderzellencarcinom mit bindegewebigem Stroma, das durch rapides Wachsthum Muscularis und Mucosa zur Atrophie gebracht hat. Die Schleimhaut ist carcinomfrei. Anzeichen vorausgegangener Entzündung derselben fehlen. Frühzeitiger Zerfall inmitten der Geschwulst selbst.

Verf. giebt einen kurzen Überblick der primären Tubencarcinome nach Sänger-Barth. Im vorliegenden Falle war die Neubildung wahrscheinlich von einer Drüse oder Nebentube ausgegangen, da die Schleimhaut selbst intakt war.

Graefe (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. Sonnabend, den 3. März. 1900.

(Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abtheilung des hauptstädt. Hospitales zu St. Rochus [Primarius Prof. J. Elischer] in Budapest.)

I. Sectio caesarea in moribunda. Lebendes Kind.

Von

Dr. **Anton Prokess,**

I. Sekundärarzt der Abtheilung.

Es ist bekannt, dass der post mortem ausgeführte Kaiserschnitt — die Fälle von plötzlichen Todesarten (Apoplexie, Combustio etc.) ausgenommen —, auffallend schlechte Resultate aufweist; erfahrungsgemäß zufolge dessen, dass der Fötus fast ausnahmslos früher als die Mutter abstirbt; indem die Herabsetzung des Blutdruckes und mangelnde Athmung des mütterlichen Organismus den Tod der Frucht durch Asphyxie herbeiführt. Die Klarstellung dieser schlechten Resultate erweckte die Idee, im Interesse der Frucht den völligen Tod der Mutter nicht abzuwarten, sondern die Sectio caesarea an der Moribunden vorzunehmen (Stein, Ritgen).

Nichtsdestoweniger dauerte es — sei es aus Scheu der Ärzte vor dem Eingriffe, dem Widerstande von den Angehörigen der Sterbenden und sonstigen missverstandenen ethischen Gründen — bis zum Jahre 1840, dass man den Kaiserschnitt in agone auszuführen wagte. Der Erste, der diese Operation mit Erfolg ausführte, war v. Röser; ihm folgten Fischer, v. Runge, Fehling, Schwieger, Franck, Sommerbrodt, Hays u. A. Es gelang beinahe ausnahmslos das Leben des Kindes zu retten, und dadurch dieser Operation — gegenüber dem postmortalen Kaiserschnitte — die Berechtigung zu sichern.

Einen weiteren Beitrag zur Statistik dieser Fälle liefert der von mir am 7. Januar d. J. in der geburtshilflich-gynäkologischen Abtheilung des hauptstädt. Hospitals zu St. Rochus operirte Fall.

Die 25 Jahre alte G. J. (Spitals-No. 1584/1900) wurde am 7. Januar Abends $1/2$8 Uhr in vollkommen bewusstlosem Zustande mit der Diagnose Meningitis unserer Abtheilung zugewiesen. Zur Anamnese konnte man bloß ermitteln, dass die Kranke, eine Nullipara, und seit $1^1/_2$ Woche unter Fieber mit heftigen Kopfschmerzen erkrankt sei. Ihr Zustand habe sich, ohne dass Krämpfe bemerkt worden wären, seit früh Morgens verschlimmert, und sei sie seitdem bewusstlos. Status praesens: die mittelgroße, abgemagerte, im hohem Grade cyanotische Kranke zeigt kühle Extremitäten, Ödem an denselben nicht wahrnehmbar. Exophthalmus, Pupillen mittelweit, diese wie die Cornea vollkommen reflexlos; krampfhafte stertoröse Athmung, aus Nase und Mund entleert sich reichlich schaumig-seröse Flüssigkeit. Temperatur 39,8° C., Puls 120, voll. Die abdominelle Untersuchung ergiebt eine Gravida m. VIII; das Kind in I. Schädellage, Kindskopf im Beckeneingange beweglich. Die kindlichen Herztöne waren nicht wahrnehmbar, hingegen konnten Kindesbewegungen einmal genau beobachtet werden. Portio vagin. 1 cm lang, Cervix für einen Finger durchgängig, Fruchtblase erhalten, schlaff. Der mit Katheter entnommene Harn zeigt weder Eiweiß noch Formelemente.

Wir entschlossen uns sofort im Interesse des Kindes an der Moribunden zum Kaiserschnitte, zu welchem die nöthigen Vorbereitungen während der Untersuchung bereits fertig gestellt waren. Mittels fundalen Querschnittes wurde die Uterushöhle nach Fritsch eröffnet und die Frucht an dem vortretenden linken Fuße rasch extrahirt. Das Kind athmet sofort und schreit lebhaft. Nach manueller Lösung der Secundariae wurde die Wunde am Fundus in 2 Etagen mit Seidenknopfnähten geschlossen. Bauchhöhlentoilette und Bauchdeckennaht. Flanellverband.

Die lebende Frühgeburt, Knabe, hat 45 cm Länge, 2260 g Gewicht, der größte Kopfumfang 31 cm, schreit lebhaft und gedeiht bis heutigen Tages an der Ammenbrust.

Auffallend war bei der Operation, dass: obwohl der fundale Schnitt an der rechten Uteruskante einen Theil der Placenta tangirte, doch nur eine sehr geringe Blutung auftrat; ferner dass sich der Uterus auffallend rasch, bis zur Beendigung der Naht mehr als auf die Hälfte, energisch kontrahirte.

Das Ableben der Mutter erfolgte 8 Stunden nach der Operation unter den Erscheinungen von Lungenödem.

Die Autopsie ergab Sinusthrombose aus nicht aufgeklärter Ursache, Encephalomalakia und hochgradiges Oedema pulmonum.

II. Weiterer Beitrag zur Anwendung von Rennthiersehnenfäden als Naht- und Ligaturmaterial.

Von

Prof. **W. F. Snegulreff** in Moskau.

In No. 24 des Centralblattes für Chirurgie (1899) veröffentlichte ich eine vorläufige Mittheilung über die chirurgische Anwendung von Rennthierfäden, über die Zubereitung und gefahrlose Verwendung derselben in der Bauchhöhlenchirurgie, wobei ich besonders auf die exquisite Festigkeit, die Resorbirbarkeit und auf die sichere Sterilisirbarkeit hinwies. Das Material erschien mir als Ersatz des Katguts eine werthvolle Bereicherung unseres chirurgischen Hilfsschatzes darzustellen, hauptsächlich für die Höhlenchirurgie, speciell nach meiner Erfahrung für die Bauchhöhlenchirurgie. Größere Erfahrung auf Grund eines reicheren operativen Materiales setzt mich jetzt in den Stand, mit größerer Bestimmtheit mein Urtheil über die Verwendbarkeit der Sehnenfäden abzugeben.

Gegenwärtig verfüge ich über 150 Fälle von Laparotomien auf Grund der mannigfaltigsten Indikationen, bei welchen das neue Naht- und Ligaturmaterial in geringerem oder größerem Umfange innerhalb der Bauchhöhle, theilweise auch zum Verschlusse der Bauchwunde, zur Verwendung gelangte. Ehe ich mich aber des näheren über die dabei erzielten Erfolge auslasse, möchte ich Einiges über die von meinem Assistenten Herrn Dr. Greife angestellten experimentellen Untersuchungen vorausschicken. Bei verschiedentlicher Nachprüfung hat sich die in No. 24 d. Centralbl. f. Chir. beschriebene Sterilisationsmethode stets bewährt und ist bloß die daselbst angegebene Auslaugung des Sublimats mit Kochsalzlösung als überflüssig wegzulassen, da diese Maßregel, wie sich bei genauer Prüfung zeigte, ihren Zweck verfehlt. Das Sterilisationsverfahren ist also folgendes: 1) Entfetten in Äther 2 Tage; 2) Sterilisirung durch Ol. ligni Juniperi mindestens 10 Tage; 3) Entfernen des Öls durch Äther 2 Tage; 4) antiseptische Imprägnirung durch alkoholische (80%ige) Sublimatlösung 1 : 500 2 Tage; 5) Aufbewahren in Alkohol bis zum Gebrauche, wobei durch Wasserzusatz die Fäden nach Belieben mehr oder weniger schmiegsam gemacht werden können.

Bei dieser Sterilisationsmethode trat in zahlreichen Thierversuchen niemals Eiterung bei aseptischer Wundbehandlung ein; die Fäden büßen weder an Festigkeit, noch an sonstigen Vorzügen ein und verlieren im Organismus ihre Haltbarkeit nach Verlauf von 9—12 Tagen, völlig resorbirt werden sie dagegen in etwa 3 Monaten (in der Bauchhöhle).

Die Sehnenfäden des Rennthieres bilden ein durch seine Wohlfeilheit allgemein zugängliches Material. Die Herstellung und den Verkauf hat die Firma Th. Schwabe in Moskau übernommen, von

welcher die Fäden zum Preise von 3 ℳ pro 100 Stück bezogen werden können. Die von Dr. Greife konstruirten Behälter zur Aufbewahrung der sterilisirten Fäden schließen die Möglichkeit einer späteren Verunreinigung aus und ermöglichen eine ökonomische Ausnutzung des Materiales, sind dabei portativ und billig.

Hierauf gehe ich zur Betrachtung der klinischen Anwendung der Sehnenfäden über. Dieselben werden von mir seit $1^1/_2$ Jahre in der Bauchhöhle, am Damm, in der Scheide und an der Cervix, so wie zur Hautnaht benutzt.

Von den 150 Laparotomien sind 108 persönlich von mir ausgeführt, 30 von Herrn Prof. Gubaroff und 12 von meinem Assistenten Herrn Dr. Bobroff. Nach der Art des operativen Eingriffes gruppiren sich diese Fälle folgendermaßen: Myomohysterektomie 27 mit 3 Todesfällen; Enukleation von Myomen 3 mit 1 Todesfalle; einseitige Oophorektomie 25 (1); beiderseitige Oophorektomie 5; einseitige Salpingo-Oophorektomie 6; beiderseitige Salpingo-Oophorektomie 34 (4); Salpingo-Oophorektomie und Oophorektomie 8; Graviditas extra-uterina 7; Exstirpation der Gebärmutter mitsammt den Adnexen 4; Entfernung der Uterushörner mit den rudimentären Tuben 1; Hysteropexia abdominalis 1; Echinococcus der breiten Mutterbänder 1 (1); Sectio caesarea 1; Resektion des Wurmfortsatzes 1; Herniotomie 6 (1); Explorativlaparotomie 5; Sarkom der vorderen Bauchwand 1; Marsupialisation eines Kystoms 2; Marsupialisation eines Kystoms und supravaginale Amputation der Gebärmutter 1. Im Ganzen endeten 11 Fälle letal. 105 Fälle verliefen ohne Komplikation; 34 mit Temperaturerhöhung über 37,7[1].

Hinsichtlich der Temperaturerhöhungen ist zu bemerken, dass die verschiedensten Ursachen dieselben bewirken konnten: Ausfließen des Inhaltes von Geschwülsten, reichliche Blutcoagula, ausgebreitete Läsionen, lange Dauer der Operation u. A. m.; unzweifelhaft lässt sich auch nicht immer eine Verunreinigung des Ligaturmateriales während der Operation ausschließen. Bei alledem ist die Schwierigkeit in Betracht zu ziehen, am Krankenbette bei der Mannigfaltigkeit und Verschiedenheit der in Betracht kommenden Verhältnisse in allen Fällen die primäre Ursache der Komplikationen festzustellen. Immerhin kann ich frei behaupten, dass in keinem einzigen von unseren Fällen das zur Operation verwandte Ligaturmaterial den primären Grund zu irgend welcher Komplikation gegeben hat. — Was die Todesfälle anbelangt, so ist es selbstverständlich, dass hier alle Sorgfalt auf genaue Feststellung der Todesursache gerichtet war, id est, ob dieselbe in Kausalverbindung mit der Verwendung von Sehnenfäden zur Operation zu bringen war. Die Mehrzahl der Fälle wurde im pathologischen Institute der Universität der Sektion und einer sorgfältigen makro- und mikroskopischen Untersuchung unter-

[1] Zur 1. Gruppe (ohne Komplikation) wurden auch diejenigen Fälle gezählt, in welchen eine Temperaturerhöhung über 37,7 nur in den ersten 3 Tagen nach der Operation vorhanden war.

worfen. — In keinem dieser Fälle wurden die Fäden als Ausgangspunkt einer Infektion nachgewiesen. In die diesbezüglichen Einzelheiten gehe ich hier nicht ein und verweise die sich dafür Interessirenden auf die in Bälde erscheinende Arbeit des Dr. Greife. Für uns genügt hier die einfache Konstatirung der Thatsache. Die Überzeugung, dass von Seiten der Sehnenfäden keine Infektion erfolgt, ist nicht nur auf die Ergebnisse der Sektionen, sondern auch auf klinische Beobachtungen begründet. In einigen Fällen wurde zwar Eiterung beobachtet, deren Ursache aufzuklären nicht gelang. Ich führe einige Beispiele an: Bei Myomohysterectomia totalis abdominalis wird eine große Anzahl von Ligaturen und Nähten in die Bauchhöhle versenkt und eine geringe Anzahl zur Naht der Bauchwunde mitsammt den Hautdecken. Es wurde nur Eiterung in den Bauchdecken beobachtet, nie dagegen die Entstehung eines Infiltrates oder einer Eiterung in der Tiefe. Andererseits wurden an ein und demselben Tage hinter einander 2 Laparotomien ausgeführt von demselben Operateur mit demselben Materiale. Der 1. Fall eine leichte Hysteropexia abdominalis; der zweite eine Totalexstirpation der Gebärmutter wegen multipler Myome mitsammt den eitrigen Adnexen. Im 1. Falle tritt Eiterung in der Bauchwunde ein, im 2. nicht. Wenn man sich die Frage nach der Ursache solcher Erscheinungen vorlegt: ob ungenügende Sterilisation der Sehnenfäden oder andere, vielleicht zufällige Gründe, so ist die Antwort klar: es müssen hier anderweitige Gründe maßgebend gewesen sein.

Zur weiteren Illustrirung der Thatsache, dass die Sehnenfäden steril sind, führe ich Folgendes an: Welcher Operateur kennt nicht die nach Laparotomien auftretenden Infiltrate und Fisteln, welche durch ihre Häufigkeit und Hartnäckigkeit bei Seidenligaturen so zu sagen eine Geißel der Pat. bilden und zur Heilung viel Zeit und Geduld erfordern. Seit in unserer Klinik die Sehnenfäden in Gebrauch sind, haben wir vergessen, was solche Infiltrate und Fistelgänge bedeuten. Dies ist ein werthvoller Vorzug unseres Materiales. In einigen von unseren Fällen beobachteten zwar auch wir Infiltrate, dies trat aber ausschließlich nach Entfernung von eitrigen Adnextumoren oder bei ausgedehnten Läsionen des Beckenbindegewebes auf, wobei die Ursache stets augenscheinlich war. Der Unterschied bestand aber in der Schnelligkeit, mit welcher die Infiltrate verschwanden unter Anwendung derselben Therapie, welche sich gegenüber den Seidenfädeninfiltraten und Fisteln als ohnmächtig erwies. In allen unseren Fällen wurden die Infiltrate und Fisteln höchstens vor Ablauf von 2 Monaten nach der Operation zum Verschwinden gebracht, während bei Gebrauch von Seidenligaturen Fälle von jahrelanger Dauer zur Beobachtung gelangten, welche oft erst durch eine erneute Laparotomie Behufs Entfernung der inficirten Ligaturen zur Heilung gelangten.

Eine weitere werthvolle Eigenschaft der Sehnenfäden besteht in ihrer primären und sekundären Festigkeit, d. h. während der Ope-

ration reißen sie nicht, der Knoten löst sich im weiteren Verlaufe nicht und die Resorption erfolgt mit genügender Langsamkeit. Aus diesem Grunde ist weder eine primäre, noch eine sekundäre Blutung zu befürchten, wenigstens ist in unseren Fällen keine solche aufgetreten.

Von großer Bedeutung ist fernerhin der Umstand, dass die Sehnenfäden in Folge ihrer vollkommenen Sterilisirung und ihres bindegewebigen Baues in großer Anzahl verwandt werden können, z. B. in einem unserer Fälle bis zu 100. Dies ist von hohem Werthe, besonders in Hinsicht auf die sog. autoplastischen Maßnahmen in der Bauchhöhle. Bei ausgebreiteten Defekten der Serosa, welche auf keinerlei Weise zu verdecken waren, benutzte ich mit Erfolg Sehnenfäden, indem ich mit denselben den Defekt reihenweise bedeckte. Verwachsung mit dem Darme trat nicht ein und die Fälle verliefen ohne jede Störung. Ein weiteres Beispiel: Bei einem operativen Eingriffe am Unterkiefer schob ich in den Defekt zwischen die abgesägten Enden des Knochens ein Knäuel Sehnenfäden von etwa 3 cm Länge und $1^1/_2$ cm Dicke und verschloss die Wunde. Eiterung gesellte sich nicht hinzu und der Knochen stellte sich wieder her. Es können also Sehnenfäden zum Ersatz von Gewebe verwandt werden.

Noch einen weiteren Vorzug besitzen die Sehnenfäden in Bezug auf Laparotomien. Es ist bekannt, mit welchem Bangen die Pat. der Entfernung der Bauchnähte entgegensehen. Seit ich zum Verschlusse der Bauchwunde unser neues Material benutze, fällt natürlicherweise diese Procedur fort und ein Verbandwechsel ist ev. nicht vor dem Aufstehen der Pat. vonnöthen: am 12.—14. Tage braucht man bloß mit einem Wattebausche die Wunde abzureiben, um alle Nähte von selbst abfallen zu sehen. In Folge dessen habe ich in der letzten Zeit von jedem anderen Materiale zum Verschlusse der Bauchwunde Abstand genommen. Was dagegen die Nahtmethode anbelangt, die Haltbarkeit der Nähte unter gewissen ungünstigen Umständen, wie Husten, Erbrechen, Meteorismus, Marasmus etc., so ist in dieser Hinsicht noch weitere Ausarbeitung nöthig, da in einigen Fällen ein Auseinanderweichen der Wundränder beobachtet wurde, in 2 Fällen im Bereiche der halben Wunde sogar bis zum Bauchfelle (bei einer Pat. am 3. Tage, bei einer anderen am 10.). Ich kann aber auf Grund meiner Erfahrungen bemerken, dass solche Vorkommnisse auch beim Gebrauche von Seide und Silkwormgut beobachtet wurden, dass also die Ursache vielleicht nicht in dem benutzten Materiale, sondern in irgend welchen Besonderheiten der betreffenden Fälle zu suchen ist, da sonst ein öfteres Auftreten zu erwarten wäre.

In 8 Fällen von Totalexstirpation per vaginam wurden die Sehnenfäden mit vollem Erfolge benutzt und kann ich deren Anwendung in solchen Fällen nur empfehlen, da die lästige nachfolgende Entfernung der Nähte fortfällt. Dasselbe gilt auch für die Operationen: Hysterotomie, Vaginofixation und Amputatio colli uteri. Um aber eine gründlichere Antisepsis in einer so ungünstigen Region zu

erzielen, lege ich jetzt nach einem Vorschlage von Herrn Prof. Gubaroff unmittelbar vor der Operation die Sehnenfäden auf einige Minuten in Jodtinktur, deren Überschuss durch Alkohol abgespült wird. Ein endgültiges Urtheil über diese Modifikation möchte ich aber in Anbetracht des ungenügenden Operationsmateriales einstweilen nicht abgeben. Wenn ich nun zu alle Dem noch hinzufüge, dass die Sehnenfäden noch Verwendung fanden beim Kaiserschnitte, bei Resektion des Darmes und bei Gastroenterostomose, so wie zur Nephropexie mit Lumbarschnitt, so schließe ich hiermit meine Mittheilung, hinsichtlich der Details auf die Arbeit von Dr. Greife verweisend.

Auf Grund meiner 25jährigen Erfahrung auf dem Gebiete der Bauch- und Beckenhöhlenchirurgie glaube ich nicht zu irren, wenn ich folgenden Satz ausspreche: Antisepsis und Asepsis haben außerordentliche Fortschritte in der Höhlenchirurgie zur Folge gehabt, aber erst mit Einführung der Sehnenfäden als Naht- und Ligaturmaterial im letzten Jahre des 19. Jahrhunderts ist das Ideal des aseptischen Principes in der Höhlenchirurgie erreicht.

III. Über Komplikation von Myom und Schwangerschaft.

Von

Dr. med. F. **Walzer**, Frauenarzt in Köln a/Rh.

Obschon auf den vorjährigen Kongressen, sowohl in Berlin als in Amsterdam, die Myomfrage für sich allein, als auch die Komplikation von Myom und Schwangerschaft weit und breit erörtert worden und in den meisten Punkten eine Übereinstimmung der Fachgenossen ergeben hat, so halte ich den Gegenstand doch nicht für so erschöpft und die einschlägige Kasuistik für so ausgiebig, dass nicht noch einzelne Beiträge erwünscht wären. Von diesem Standpunkte aus sei der nachfolgende, in verschiedener Hinsicht interessante Fall zur Kenntnis der Fachgenossen gebracht.

Pat., 35 Jahre, stets gesund. Periode zum 1. Male mit 14 Jahren, regelmäßig, stark. Seit 2 Jahren verheirathet. 6 Monate Schwangerschaft. Abortirte im April 1898. Die letzte Periode am 11. December 1898. Am 17. Februar 1899 habe ich folgenden Befund erhoben:

Im Abdomen der sonst gesunden Frau fühlt man einen mannskopfgroßen, harten, wenig beweglichen, glatten Tumor, dessen obere Grenze an den Nabel reicht. An der Basis desselben fühlt man vom vorderen Scheidengewölbe aus dicht hinter der Symphyse und nach rechts im kleinen Becken einen kleinen Tumor von gleicher Beschaffenheit. Links neben dem großen Tumor, ebenfalls im kleinen Becken, fühlt man einen dritten von weicherer, elastischer Konsistenz. Diesen hielt ich für den schwangeren Uterus, jene für Myome.

Anfangs März klagte Pat. über starke Athembeschwerden und Beklemmungen. Die Gesichtsfarbe war deutlich cyanotisch. Der Tumor reichte jetzt bis an den Rippenbogen, so dass die Vermuthung nahe lag, Pat. würde auch jetzt wieder abortiren. Bald traten Blutungen auf, die nach 14tägiger Dauer ihre Aufnahme in die Klinik nothwendig machten. Als auch hier bei Bettruhe die Blutung nicht aufhörte, wurde mit Jodoformgaze tamponirt. Am 30. März erfolgte Abort eines 3monatlichen Fötus. Eine Placenta wurde nicht ausgestoßen. Wegen des hinter

der Symphyse liegenden Tumors war es absolut unmöglich, den Uterus herabzuziehen und mit dem Finger weiter als bis an den inneren Muttermund einzudringen. Als nun am 2. Tage die Temperatur auf 38,2 stieg, blieb nichts Anderes übrig, als mit der Curette den Uterus zu entleeren. Die Curette verschwand bis an den Griff im Uterus und brachte nur wenige Bröckel heraus. Trotzdem stand nach einer Ausspülung die Blutung und die Temperatur wurde normal. Während der Liegezeit in der Klinik konnte man beobachten, wie aus dem großen Tumor an der rechten Seite und der Kuppe kleinere runde Tumoren emporschossen und sich täglich vergrößerten. Da sich Pat. nicht zu einer sofortigen Operation entschließen konnte, so wurde sie entlassen bei gutem Allgemeinbefinden, ohne Blutung und Ausfluss.



Am 28. April: supravaginale Amputation des Uterus mit retroperitonealer Stielversorgung. Glatte Heilung. Pat. verließ 18. Mai die Klinik.

Das gewonnene Präparat stellt einen auf der Hinterseite aufgeschnittenen, mit vielen großen und kleinen Myomen durchsetzten Uterus dar. Ein größeres Myom sitzt in der vorderen Wand dicht über dem inneren Muttermunde und lagerte hinter der Symphyse.

Durch dasselbe war in erster Linie die Beckenverengerung verursacht. Ein zweiter großer Myomknoten wölbt sich aus der hinteren Wand in die Uterushöhle ein und konnte beim Curettement den Fundus uteri vortäuschen. Über diesem Myom sitzt im Fundus uteri, ein fast handtellergroßes, schwammiges Gebilde, die Placenta, welche mit der Uteruswand fest verwachsen ist. Die mikroskopische Untersuchung derselben ergab eine fast vollständige Degeneration und Obliteration der Zottengefäße.

Der beschriebene Fall ist in verschiedener Beziehung beachtenswerth. Zunächst ist derselbe eine treffliche Illustration der besonders von Hofmeier vertretenen Ansicht, dass das Myom an sich keinen Grund zur Sterilität abgiebt. Denn wenn in einem solchen von Myomen durchsetzten Uterus, wie der vorliegende, sich ein Ei einbetten kann, so kann man gewiss nicht behaupten, dass die Myome Sterilität verursachen.

Zweitens ist beachtenswerth das symptomlose Verweilen der ganzen Placenta im myomatösen Uterus während fast 4 Wochen, wobei die Frau arbeitete und sich der Pflege ihres kranken Vaters widmete. Diese Retention der Placenta ist dadurch zu erklären, dass die Uteruswand in Folge der zahlreichen eingebetteten Myome ihre Kontraktionsfähigkeit in bedeutendem Maße eingebüßt hat. Dadurch konnte sich ihre Insertionsfläche gegen die Placentarfläche nicht verkleinern und so die Ablösung herbeiführen. Die Obliteration der Zottengefäße wird wohl eine sekundäre, d. h. erst nach dem Aborte entstandene sein. Möglicherweise — der Beweis ist schwer zu erbringen — war sie auch eine primäre, d. h. vor dem Aborte schon bestehende und hat als solche den Tod der Frucht und so den Abort herbeigeführt.

Endlich ist der Fall erwähnenswerth wegen der Indikationsstellung. Apfelstädt (Göttingen) sagt, dass der künstliche Abort unter allen Umständen zu verwerfen und die operative Entfernung der Myome in der Schwangerschaft, sowie supravaginale Amputation des schwangeren Uterus nur ausnahmsweise zulässig sind.

Pozzi zieht bei interstitiellen, abdominal entwickelten Fibromen nur den künstlichen Abort oder die Operation in Frage. Auch in dem vorliegendem Falle war die Frage des künstlichen Aborts zu erörtern. Die Frau kam mit großen Athembeschwerden und einer deutlichen Cyanose zu mir, die mit wachsender Schwangerschaft noch größer werden mussten. Dabei war durch den hinter der Symphyse gelagerten Tumor das Becken so verengt, dass eine Geburt auf natürlichem Wage unmöglich erschien, oder doch nur mit großer Gefahr für Mutter und Kind. Es kam also auf der anderen Seite der Kaiserschnitt nach Porro in Frage. Zu letzterem aber erklärte die Pat. niemals ihre Einwilligung zu geben und verlangte dafür die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Diese suchte ich naturgemäß so lange als möglich hinauszuschieben, würde aber, wenn die Natur mir nicht zuvorgekommen wäre und der Abort nicht spontan erfolgt wäre, nicht gezögert haben, den künstlichen Abort zu geeigneter Zeit einzuleiten. Ich halte also den Standpunkt Apfelstädt's nicht für alle Fälle zutreffend, behaupte vielmehr, dass der künstliche Abort in einzelnen Fällen wohl indicirt ist. Jedenfalls ist die Prognose desselben bei klinischer Behandlung immer noch viel besser als die der Sectio caesarea nach Porro oder der Totalexstirpation. Auch die nachfolgende Radikaloperation des nichtschwangeren Uterus giebt bessere Resultate als die Operation bei noch bestehender Schwangerschaft. Von 2 Übeln wählt man aber im Allgemeinen das kleinere.

Wenn ich zum Schlusse meine Ansicht in dieser Frage darlegen soll, so halte ich bei Komplikation von Myom und Schwangerschaft den künstlichen Abort für indicirt, wenn nach Lage des Befundes die Geburt eines lebenden Kindes auf natürlichem Wege gar nicht oder nur mit großer Gefahr für Mutter und Kind möglich ist, wenn die Mutter die Entbindung durch Sectio caesarea ablehnt, auf ein lebendes Kind von vorn herein verzichtet und nur ihre eigene Gesundheit in Betracht gezogen wissen will.

IV. Nochmals zur Narkose.

Von

Dr. **Koblanck** in Berlin.

Vor der Czempin'schen Auffassung sowohl der »athetotischen Fingerbewegungen« in tiefster Narkose wie der Bedeutung des »Bergmann'schen Handgriffes« bei eingetretener Asphyxie möchte ich nochmals ausdrücklich warnen. Die athetotischen Bewegungen sind

nach Czempin »für die Beurtheilung des Stadiums der Narkose ohne Bedeutung«; und: »eine Vertiefung derselben ist nicht erforderlich«. Folgerichtig nahm ich an, dass Czempin diese Bewegungen als »unbewusste Abwehrbewegungen« auffasst. Ich habe mich geirrt, Czempin fasst sie nicht so auf; sie sind ihm »in ihrer Ursache unerklärlich«. Nach meinen Beobachtungen sind die betreffenden Bewegungen durch Überladung des Körpers mit Chloroform bedingt und daher von der allergrößten Bedeutung für die Beurtheilung des Stadiums der Narkose.

Im Gegensatze zu Czempin möchte ich weiterhin betonen, dass die Anwendung der Zungenzange und der Kiefersperre manchmal nicht genügt, um den Eingang in die Trachea frei zu machen. Wird dann nicht rechtzeitig die Epiglottis direkt mit dem Finger vorgezogen, so geht die Kranke trotz aller anderen Hilfsmittel zu Grunde.

---

1) **Depage** (Brüssel). L'année chirurgical.

Brüssel, **Henri Lamertin**, 1899.

In Gemeinschaft mit einer großen Anzahl meist belgischer Mitarbeiter hat der Herausgeber den ersten Band eines Sammelwerkes über die Chirurgie des Jahres 1898 veröffentlicht. Die Anordnung ist, nachdem in der Einleitung Personalnotizen gebracht sind, die allgemein übliche. Schon der Umfang des Werkes, 1963 S., beweist, dass es mit großem Fleiße in großem Stile angelegt ist. Obwohl wir in Deutschland eine ganze Reihe ähnlicher Bücher haben, wird das vorliegende doch willkommen sein, da es gerade die ausländische Litteratur so vollständig registrirt, wie das bisher kaum geschah. Es ist desshalb allen Bibliotheken und Specialärzten zu empfehlen, das Werk anzuschaffen. Sicher wird es ein wichtiges und willkommenes Hilfsmittel für die litterarische Arbeit darstellen. **Fritsch** (Bonn).

---

2) **Lehfeldt.** Medicinisches Taschenwörterbuch der deutschen, englischen und französischen Sprache.

Berlin, **S. Karger**, 1900.

Es existiren schon 2 ähnliche Bücher, von v. Sudthausen und von Olivier und Sigismund. Das vorliegende ist das kürzeste und billigste. Die Thatsache, dass unsere Wissenschaften international geworden, dass Jeder, der Interesse an dem Fortschritte hat, englische und französische Journale lesen muss, hat diese Werke gezeitigt. Es ist sehr traurig, dass unsere Mediciner das Gymnasium, das sie doch für das Leben vorbilden soll, ohne eine Ahnung vom Englischen und mit einer geringen Ahnung vom Französischen verlassen! Dass heut zu Tage die Gymnasien im Allgemeinen noch den Lehrplan wie zur Reformationszeit innehalten und dem Bedürfnisse der Neuzeit wenig Rechnung tragen, beklagen die Mediciner mehr als irgend Jemand! Bücher wie das vorliegende sind faktisch unbedingt nöthig und sollten eigentlich überflüssig sein! **Fritsch** (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

237. Sitzung am 19. Oktober 1899.

Vorsitzender: Herr J. Schramm; Schriftführer: Herr Buschbeck.

Zu Ehren des verstorbenen Mitgliedes und Mitbegründers der Gesellschaft, Herrn Dr. med. Arldt, erheben sich die Anwesenden von den Sitzen.

I. Herr J. Schramm: Zur vaginalen Radikaloperation der Uterusmyome.

Der Vortr. bemerkt zunächst, dass auf dem letzten Gynäkologenkongresse in Berlin die Methode der vaginalen Radikaloperation der Uterusmyome von allen Rednern, welche meist über vorzügliche Resultate berichteten, als eine große Errungenschaft bezeichnet wurde. Die Vortrefflichkeit dieses Operationsverfahrens bestätigen auch seine Erfahrungen, die er leider dem Kongresse in Folge einer plötzlichen Erkrankung nicht mittheilen konnte. S. verfügt über 26 Fälle mit einem Todesfalle. Die älteste seiner Kranken hatte das 65. Jahr erreicht, die jüngste war 28 Jahre alt. Die größte Anzahl (14) stand im Alter von 40—50 Jahren; 10 zwischen 50 und 60 Jahren. Mit Ausnahme von dreien waren alle verheirathet. 20 Frauen hatten geboren, von diesen eine 15mal. Unter seinen 26 Fällen waren 6mal Myome mit Carcinom kombinirt (4mal Portiocarcinom und 2mal Corpuscarcinom). Die Anzeige zur Operation gaben unregelmäßige, erschöpfende Blutungen bis auf einen Fall, bei welchem die Raumbeengung im kleinen Becken die Totalexstirpation indicirte. Durch Druck des Tumors auf den Blasenhals war die Blase bis zum Nabel ausgedehnt und musste die Kranke täglich katheterisirt werden. Hinsichtlich der Größe der entfernten Myome fanden sich solche bis zu mehr als Kindskopfgröße, welche fast den Nabel erreichten. Gestaltete sich auch die Operation bei letzteren als eine äußerst schwierige und mühsame, so gelang es doch schließlich, die Geschwulst so weit zu zerstückeln, dass der verkleinerte Uterus vor die Vulva gezogen, und dann bequem abgeklemmt werden konnte. In der überwiegenden Zahl der Fälle wurden, in Übereinstimmung mit Leopold, normale Ovarien zurückgelassen, weil die Ausfallserscheinungen weit milder auftreten. Obgleich die Schwierigkeiten der vaginalen Totalexstirpation bei mehr als kindskopfgroßen Myomen sehr erhebliche sind, so vertragen ausgeblutete Frauen die vaginale Methode, trotz der langen Operationsdauer, weit besser als die abdominelle. Eine Thatsache, die von allen Rednern des Kongresses anerkannt wurde und auch von dem Vortr. bestätigt werden kann, der oft bei ausgebluteten, erschöpften Kranken erst nach einer Dauer von 2 Stunden große Myome durch mühsames Morcellement zu entfernen im Stande war. In seinem 9. Falle zerstückelte er ein Myom, das bei der Herausnahme $3^1/_2$ kg wog. Péan rühmte sich sogar, ein 10 kg schweres Myom vaginal entfernt zu haben.

In der Mehrzahl der Fälle war der Sitz der Myome subserös-interstitiell; einige saßen, den Douglas ausfüllend, in der hinteren Wand des Uterus. Meist war der Uterus von größeren und kleineren Myomknoten durchsetzt; in 2 Fällen hatten unzählige erbsen- bis walnussgroße Myomknoten die Uterussubstanz zum größten Theile absorbirt. Dies gestaltete die Operation besonders bequem, da sich die Myomknoten aus ihrem Bette leicht enukleiren ließen und alsdann die Verkleinerung des Uterus schnell vor sich ging. Mit der wachsenden operativen Geschicklichkeit und den günstigen Erfolgen wächst auch die Vorliebe für die vaginale Methode.

S. scheut sich nicht, ein Myom des Uterus, das zum Nabel reicht, beweglich ist und sich leicht in das kleine Becken hineindrücken lässt, durch die vaginale Zerstückelung zu entfernen. Darin möchte er die von anderen Fachgenossen beschränkte Indikation (J. Veit) erweitern. In der Technik der vaginalen Totalexstirpation der Uterusmyome herrscht in der letzten Zeit eine ziemliche Überein-

stimmung. Während noch ein großer Theil der Operateure an der Ligatur festhält, gewinnt die Klemmzange immer mehr Anhänger. In seinem 1. Falle — 65 Jahre alte, unverheirathete Dame, mit sehr enger Vagina — wurden die Gefäße unterbunden, in den folgenden 3 Fällen das gemischte Verfahren angewendet, und erst vom 5. Falle an ausschließlich die Klemmmethode in Gebrauch gezogen. Von den 26 Myomkranken genasen alle reaktionslos bis auf eine, welche in Folge einer mangelhaft schließenden Klemmzange an innerer Verblutung starb. Dieser unglückliche Fall hätte vermieden werden können, wenn das Instrumentarium einer vorhergehenden, sorgfältigen Prüfung unterzogen, und ältere, nicht mehr sicher fassende Zangen ausrangirt worden wären. Unter der häufigen Sterilisation leidet die Kompressionsfähigkeit der Klemmzangen, indem sich die abgeklemmten Partien aus den Branchen leicht zurückziehen können. Es ist desshalb jedes zu verwendende Instrument auf seine Schließfähigkeit auf das genaueste zu prüfen. Dann werden Misserfolge sicher ausbleiben.

Diskussion: Herr Leopold geht unter Vorzeigung mehrerer in den letzten Tagen durch verschiedene Operationsmethoden gewonnener Präparate kurz auf seinen bereits wiederholt ausführlich mitgetheilten Standpunkt in der Frage der Behandlung der Uterusmyome ein. »Individualisiren in der Wahl des Operationsverfahrens« muss bei diesen Geschwülsten als erste und wichtigste Regel gelten.

Auch er bevorzugt, wie der Vortr., in den letzten Jahren mehr und mehr den vaginalen Weg, so lange die Geschwulst Kindskopfgröße nicht überschreitet. Die Myomotomie nach der von ihm geübten Methode hat ihm dauernd so befriedigende Erfolge ergeben, dass er die abdominale Radikaloperation nicht ausführt. Indessen hält er, im Gegensatze zu anderen Operateuren, in einzelnen Fällen auch heute noch die Kastration für empfehlenswerth. Wo möglichste Kürze der Operation erforderlich und desshalb die radikalen Methoden zu gefährlich für die Kranke, besonders wenn sehr straffe Bauchdecken die abdominale und virginale Verhältnisse der Scheide die vaginale Totalexstirpation noch außerdem erschweren würden, in solchen Fällen führt er auch heute noch mit gutem Erfolge die Kastration aus. Außerordentlich wichtig ist bei der Wahl der Operationsmethode der Kräftezustand der Pat. Subkutane, mehrere Tage vor der Operation regelmäßig ausgeführte Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung haben sich immer wieder als die beste Vorbereitung bei stark ausgebluteten, sehr geschwächten Kranken bewährt und werden im Vereine mit der zunehmenden Technik auch bei solchen Pat. immer bessere Operationserfolge ermöglichen.

Bei Ausführung der vaginalen Totalexstirpation hat L. das von Anfang an von ihm geübte Ligaturverfahren als die nach seiner Erfahrung sicherste Versorgung der Ligamente unverändert beibehalten.

Herr Bode will, nachdem er jetzt mehrere Jahre Ligaturen angewandt hat, da ihm die neuen verbesserten Klemmen nicht mehr für die Kranke gefährlich erscheinen, zur Klemmmethode zurückkehren, da er dieses Verfahren in Übereinstimmung mit dem Vortr. für bedeutend kürzer hält.

II. Herr Osterloh und Herr Meinert berichten über die Naturforscher-Versammlung in München.

III. Herr Leopold demonstrirt ein 14 Tage altes, sonst völlig normal entwickeltes Kind mit doppelter großer Zehe am linken Fuße. Die Mutter ist eine gesunde Drittgebärende, sie selbst und ihre Familie, die beiden älteren Kinder und der Ehemann sind frei von jeder Missbildung.

IV. Herr Schramm zeigt:

1) Drei Myome des Uterus von Walnuss- bis zu Billardkugelgröße, welche durch die vordere vaginale Köliotomie, nach Dührssen, aus dem Fundus enukleirt wurden. Anlass zur Operation gaben erschöpfende Blutungen bei einer 42 Jahre alten verheiratheten Dame, nachdem die üblichen Mittel bisher versagt hatten. Das große interstitiell am Fundus sitzende Kugelmyom erforderte zu seiner Ausschälung noch die Spaltung des oberen Theiles der vorderen Uteruswand, so dass das Cavum uteri eröffnet wurde. Aus den beiden Tubenecken wurden

2 kleine Myome enukleirt. Da Pat. die Erhaltung des Uterus dringend gewünscht, wird von einer gänzlichen Entfernung des Uterus, die hier eigentlich indicirt war, Abstand genommen. Die Höhlen werden vernäht, die eröffnete vordere Wand des Uteruskörpers durch die Naht wieder vereinigt, alsdann der wieder in normaler Größe und Form erscheinende Uterus versenkt und die Scheidenwand geschlossen. Guter Heilungsverlauf. Die nächste Menstruation verläuft normal.

2) Einen über mannskopfgroßen soliden Tumor (Sarcoma ovarii sin.), entfernt bei einer 54 Jahre alten Nullipara. Seit etwa 3 Jahren allmähliche Anschwellung des Leibes, Abmagerung, so wie Kurzathmigkeit bei geringer Anstrengung. In letzter Zeit starke Blasenbeschwerden. Bei Eröffnung der Bauchhöhle Abfluss von 4 Liter ascitischer Flüssigkeit. Die hintere Fläche des Tumors ist theilweise mit dem Darme fest verwachsen. Mühsame Ablösung und Vernähung der Darmserosa. Nach Unterbindung des kurzen Stieles leichte Herausnahme der Geschwulst. Glatter Verlauf.

3) Eine linksseitige Tuboovarialcyste, von einem 28 Jahre alten Mädchen stammend. Heftige stechende Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes vor und während der Periode indicirten die Operation. Hintere vaginale Köliotomie. Von der linken Uteruskante zieht die linke Tube, allmählich sich keulenförmig verdickend, nach hinten und unten und ist sammt dem Ovarium mit der vorderen Rectumwand flächenhaft verwachsen. Ablösung, Hervorziehen und Abbinden des Adnextumors von Kartoffelgröße. Glatter Verlauf. In diesem Falle lässt sich die Entstehung der Tuboovarialcyste auf eine primäre Pelviperitonitis, Kommunikation des Hydrops tubae mit Hydrops folliculi zurückführen, nachdem Verlöthung und Druckusur der Scheidewand stattgefunden.

4) Ein kindskopfgroßes Kystom des linken Ovariums (Adenocarcinoma ovarii), von einem kleinen, schwächlichen, 44 Jahre alten Mädchen. Operation in Beckenhochlagerung. Am folgenden Tage Facialisparalyse und Parese des linken Armes in Folge von Embolien in den Hirnarterien. Allmähliches Schwinden der Lähmungserscheinungen bei sonst glattem Heilungsverlaufe.

---

238. Sitzung am 16. November 1899.

Vorsitzender: Herr J. Schramm; Schriftführer: Herr Buschbeck.

Vor der Tagesordnung zeigt

Herr Albert: 1) Eine Missbildung — Atresia ani et urethrae. Defekt der linken Niere.

Ein männliches Kind wurde nach regelrechter Schwangerschaft von einer gesunden Zweitgebärenden 6 Wochen zu früh geboren; es war intra partum abgestorben. Äußerlich ist es vollkommen normal entwickelt und hat keine Zeichen von Lues. Auffallend ist nur die starke Auftreibung des Leibes, welche einen wohl mannsfaustgroßen Tumor im Abdomen vermuthen lässt. Ferner besteht eine vollkommene Atresia penis et ani ohne sichtbare anatomische Veränderung dieser Gebilde. Die Hoden sind noch nicht in das Scrotum herabgetreten. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der ganze Dickdarm prall von Mekonium erfüllt und die Blase in einen birnförmigen, prall elastischen Tumor verwandelt; im unteren Theile ist der Tumor derb, fast solide, sein Durchmesser beträgt an dieser Stelle 3—4 cm, während der Durchmesser im oberen dünnwandigen Abschnitte etwa 7—8 cm beträgt. Die Innenfläche ist glatt und glänzend, die Wand im oberen Theile ist $^1/_2$ cm dick, diejenige im unteren Theile bis $^3/_4$ cm dick und besteht mikroskopisch aus normalem Muskelgewebe. Während die linke Niere vollständig fehlt und an ihrem Platze sich eine normale Nebenniere befindet, gehen von der rechten, etwas atrophischen Niere zwei Ureteren aus nach dem Blasenhalse: der rechte Ureter entspringt auf der vorderen Fläche im Nierenbecken und verläuft geschlängelt und bis bleistiftdick ausgedehnt nach abwärts. Der linke Ureter ist außerordentlich fein und nimmt seinen Weg von dem unteren Pole der Niere ziemlich gestreckt nach der Blase. Es macht den Eindruck, als ob die verküm-

merte linke Niere mit der rechten verwachsen sei; erstere wäre dann etwa nur erbsengroß.

2) Ein neugeborenes Kind mit großen Ossifikationsdefekten.

Tagesordnung: I. Demonstrationen.

a. Herr Leopold demonstrirt eine Kindesleiche mit angeborener linksseitiger Hernia diaphragmatica.

Einen gleichen Fall, damals rechtsseitig, hat er im Jahre 1889 erlebt.

Beide Fälle werden ausführlicher veröffentlicht.

b. Herr Schramm zeigt

1) ein 8 Pfund schweres, vollständig verkalktes Uterusmyom, das er bei einer 71jährigen Frau durch abdominale Myomotomie entfernt hat. Die Existenz der Kranken war während der letzten Jahre in Folge der anhaltenden Harn- und Stuhlbeschwerden eine äußerst qualvolle gewesen. Die Geschwulst saß mit kurzem Stiele an dem ganz atrophischen Uterus. Zur Anwendung kam bei der Operation der Doyen'sche Myomheber. Glatter Verlauf.

2) einen Adnextumor — beginnende Tuboovarialcyste. Die rechts dem Uterus ansitzende, wahrscheinlich durch gonorrhoische Infektion entstandene orangegroße Geschwulst, welche Anfangs für eine Tubargravidität angesprochen wurde, war eine Zeit lang konservativ behandelt worden, bis schließlich die zunehmenden heftigen Schmerzen die operative Entfernung erforderten.

3) eine Pyosalpinx von einer 27jährigen unverheiratheten Person, die heftige pelviperitonitische Erscheinungen mit hohen Temperaturanstiegen gemacht hatte. Bei der sehr schwierigen Ausschälung der Geschwulst ergoss sich reichlich Eiter in die Bauchhöhle.

In beiden Fällen wurde Heilung erzielt.

II. Herr Albert: Über die Verwerthung der Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe.

(In den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1899 veröffentlicht.)

III. Herr Geh. Med.-Rath Prof. Dohrn wird zum Mitglied gewählt.

---

239. Sitzung am 21. December 1899.

Vorsitzender: Herr J. Schramm; Schriftführer: Herr Goldberg.

I. Herr Eras (als Gast): Über Angioma placentae.

Am 31. August 1899 wurde in der Frauenabtheilung des Stadtkrankenhauses zu Dresden von einer bis dahin gesunden Ipara spontan ein ausgetragenes, gesundes Kind geboren; wegen eintretender Blutung Expression der Placenta nach Credé. An der fötalen Seite des Fruchtkuchens saß randständig ein apfelgroßer, derber Tumor, überkleidet vom Chorion, zu ihm hin zogen vom Nabelstrange Gefäße. Mikroskopisch bestand die Geschwulst größtentheils aus strotzend gefüllten Kapillaren, zwischen denen zellarmes Bindegewebe lag, das im Centrum der Geschwulst streifigen Charakter annahm und Rund- und Spindelzellen enthielt. Die Kapillaren waren hier weniger zahlreich. Den äußeren Theil des Tumors bildete eine strukturlose Zone, die einen durch Gefäße verursachten maschigen Bau aufwies und fast keine Kerne enthielt. Diagnose: Angiofibrom mit theilweiser Nekrose.

In der holländischen Litteratur fanden sich 2 ähnliche, von van der Peltz veröffentlichte Fälle von Placentartumoren, die dieser nicht als eigentliche Neubildungen, sondern als entartetes Choriongewebe auffasst.

Diskussion: Herr Osterloh weist darauf hin, dass auffallend wenig Fälle davon beschrieben sind. Bekannt sind 40 Fälle von Placentargeschwülsten, von denen 6 in Dresden zur Beobachtung gekommen sind. Wahrscheinlich kommen die Fälle gar nicht so selten vor und bleiben nur meist unbeachtet, weil sie von

den Hebammen nicht erkannt werden. Sie haben vor der Hand keine praktische, nur mehr wissenschaftliche Bedeutung.

Herr Leopold wirft die Frage auf nach dem Zusammenhange der Tumoren. Bei den in der Dresdener Frauenklinik beobachteten Fällen fanden sich Konglomerate von Kapillaren; doch konnte nicht nachgewiesen werden, wo diese Kapillaren herstammen, ob aus den intervillösen Räumen oder aus den Nabelschnurgefäßen. Vielleicht gelingt dies weiteren Untersuchungen mittels Serienschnitten und Injektionen vom Nabelstrange aus.

Herr Osterloh konnte in seinem Falle den direkten Übergang der Placentargefäße in die Geschwulst ebenfalls nicht nachweisen.

II. Herr Haake: Über das abwartende Verhalten bei Geburtsverzögerungen.

Vortr. ist sich bewusst, sachlich nichts Neues vorbringen zu können. Der Zweck seiner Ausführungen ist, an der Hand des poliklinischen Materiales nachzuweisen, dass auch der vielbeschäftigte praktische Arzt in der Lage ist, ohne allzu großen Zeitverlust, bei Geburtsverzögerungen das abwartende Verhalten einzuschlagen.

Unter 328 poliklinischen Entbindungen, die innerhalb eines Jahres erledigt wurden, finden sich 40 Fälle von Spontangeburten bei z. Th. recht erheblichen Geburtsverzögerungen.

Hierbei sind jene Fälle nicht mit gezählt, in denen ärztliche Hilfe erst nach der Geburt oder nur aus übergroßer Ängstlichkeit in Anspruch genommen wurde.

Als Ursache der Verzögerung fand sich entweder Beckenenge, oder Wehenschwäche, oder Unregelmäßigkeiten anderer Art, als Zwillinge, Gesichtslage, Hydramnios u. A. m. Bei sehr erheblich verengten Becken, besonders Erstgebärender, bis herab zu Becken mit einer Conj. vera von 7—$7^1/_2$ cm wurden bei zwar schwächlichen, aber ausgetragenen Kindern Spontangeburten erzielt. Schwierigkeit bereitet die Indikationsstellung; drei Faktoren: Becken, Größe des Kindes und die treibende Kraft der Wehen müssen gegen einander abgewogen werden.

Bei der Behandlung der Geburtsverzögerungen wurde das Hauptgewicht darauf gelegt, den meist hochgradig erschöpften und oft durch unrichtige Vornahmen der Hebamme gequälten Frauen Ruhe zu verschaffen. Nach einigen Stunden Schlaf setzten dann in vielen Fällen kräftige Wehen ein, die die Geburt in überraschend kurzer Zeit zu Ende führten. Kleine Gaben von Morphium leisteten dabei gute Dienste. Wichtig für den Praktiker, besonders bei Beckenenge, ist die Anwendung des Kolpeurynters; er erhält die Fruchtblase, bereitet die Weichtheile vor und macht es dem Arzte möglich, die Kreißende auf einige Stunden verlassen zu können, ohne Mutter und Kind gefährdende Zufälle fürchten zu müssen. Guten Erfolg sah man in geeigneten Fällen von Seitenlage der Kreißenden, eben so von der Walcher'schen Hängelage. Die Fruchtblase wurde nur gesprengt, wenn sie ihren physiologischen Zweck, den Muttermund vollständig zu erweitern, erfüllt hatte.

Gegenindikationen gegen das abwartende Verhalten sind gefährliche Zustände der Mutter oder des Kindes. Besonders zu achten ist auf einen sich etwa ausbildenden Kontraktionsring. Tritt bei vollständigem Muttermunde mehrstündiger Stillstand der Geburt ein, so hat man in Rücksicht auf die erhöhte Infektionsgefahr nach den Ursachen der Verzögerung zu forschen. Fanden sich in solchen Fällen Geburtshindernisse schwerer Natur und blieben alle nichtoperativen Hilfsmittel ohne Erfolg, so erschien eine operative Entbindung angezeigt.

Der gute Verlauf der Wochenbetten zeigte, dass die lange Geburtsdauer an sich keinen nachtheiligen Einfluss auf das Befinden der Wöchnerinnen hatte. Sämmtliche Kinder, bis auf eins, das bei Ankunft des Arztes bereits abgestorben war, kamen lebend zur Welt.

Oft war man in Fällen, in denen man eine Spontangeburt erhofft hatte, durch das Sinken der kindlichen Herztöne zu einer Operation gezwungen. Es waren dies meist Fälle von engem Becken und dauernd sehr kräftigen Wehen. Vielleicht wurde in diesen Fällen die Gefährdung des kindlichen Lebens durch Cirkulations-

störungen verursacht, die ihrerseits bedingt waren durch eine in Folge der dauernden Verkleinerung der Placentarstelle hervorgerufene vorzeitige Lösung der Placenta.

Diskussion: Herr Brosin bemerkt:

1) Allein dadurch, dass nach völliger Erweiterung des Muttermundes die Geburt sich noch einige Stunden verzögert, ist noch keine Indikation zur Zange gegeben.

2) Es ist nicht nöthig, als Ursache der Gefährdung des kindlichen Lebens bei häufig sich folgenden Wehen eine Ablösung der Placenta anzunehmen; dafür genügt schon das von Minute zu Minute sich wiederholende Stocken der Blutzufuhr und die mit den Zusammenziehungen des oberen Gebärmutterabschnittes einhergehende Verkleinerung der Placentarfläche.

3) Von heißen Scheidenspülungen als Wehenmittel ist er zurückgekommen. Sie müssen sehr heiß sein, um zu nützen und hinterlassen dann eine oft sehr störende Empfindlichkeit der Genitalien.

4) Mit Morphium ist er zurückhaltend, legt aber um so größeren Werth auf Fernhaltung aller äußeren Reize (Licht, Geräusch, Gesellschaft).

Herr Haake erwidert, dass in der Klinik und Poliklinik Morphium nur in geringen Dosen gegeben (3 Theilstriche einer 2%igen Lösung), und dass ebenfalls für Ruhe in der Umgebung gesorgt wird. — Mehrstündiges Verstrichensein des Muttermundes gilt nur dann als Anzeige für Operation, wenn noch ein bestimmter Grund für die Verzögerung sich herausstellt, von dem nicht zu erwarten steht, dass er durch die Kräfte der Kreißenden überwunden werden wird — und wenn die anderen beschleunigenden Mittel schon versucht sind. Heiße Scheidenspülungen haben sich, mit den übrigen Maßnahmen zusammen angewendet, stets erfolgreich erwiesen.

Herr Osterloh empfiehlt neben dem Morphium das Chloralklysma (1,0—1,5).

Herr Bode erinnert daran, dass die Lehre vom abwartenden Verhalten in der Dresdener Schule traditionell geworden sei, in so fern schon v. Winckel zu einer Zeit, wo dessen Grundsätze noch nicht so allgemein anerkannt waren als heute, dieselbe mit allem Nachdrucke vertreten habe. Er sei überzeugt, dass diese Grundsätze den Dresdener Schülern v. Winckel's so in Fleisch und Blut übergegangen seien, dass dieselben ein anderes Handeln als nicht korrekt empfinden müssten.

Herr Leopold hat immer die Erfahrung gemacht, dass die Ansichten über die Indikationsstellung unter den Ärzten außerordentlich weit aus einander gehen und insbesondere oft von den Lehren der Klinik abweichen. Er hat darum die poliklinischen Mittheilungen des Herrn Vortr. angeregt, hauptsächlich in der Absicht, zu zeigen, dass die in der Klinik üblichen Grundsätze auch in der Privatpraxis gut durchführbar sind.

Herr Gelbke bestätigt das von Herrn Bode Gesagte, dass bereits unter v. Winckel's Leitung streng nach abwartenden Regeln verfahren worden sei und erwähnt, dass er seit 20 Jahren in seiner Privatpraxis denselben gehuldigt habe. Er glaubt, über das Warten bei völlig erweitertem Muttermunde lasse sich eine allgemein gültige Regel nicht aufstellen. Maßgebend sei bei Kopflage die Erwägung, wie lange die Weichtheile dem Drucke ausgesetzt werden können. Steht der Kopf schon im Beckenausgange, so könnte eher eine bestimmte Regel für das Abwarten aufgestellt werden. Die häufige Anwendung des Kolpeurynters erscheint ihm nachahmenswerth.

Herr Peters (als Gast) erwähnt, dass auch in der Kieler Schule streng nach den erörterten Grundsätzen verfahren wird mit Ausnahme der reichlichen Anwendung des Kolpeurynters.

III. Herr Marschner: Über drei schwierige Salpingektomien.

Herr M. demonstrirt die Präparate, die er bei drei Salpingektomien gewonnen hat.

Frau N., 48 Jahre alt, regelmäßig menstruirt, gebar 5 Kinder, die alle, weil zu früh geboren, wieder starben. Mit 19 Jahren machte sie einen Typhus durch.

Seit 5 Jahren, nach der letzten Entbindung, ist sie schwer erkrankt und z. Th. bettlägerig, besonders seit $^1/_4$ Jahre. Im Juli 1899 Schüttelfrost, im September Aufbruch eines rechtsseitigen, im kleinen Becken gelegenen Eiterherdes und Entleerung durch die Scheide; darauf wieder rasche Anfüllung des Abscesses.

Mitte November 1899 durch die Laparotomie Entfernung eines faustgroßen, rechtsseitigen, ringsum verwachsenen Pyovariums, einer gänseeigroßen, rechtsseitigen Pyosalpinx und des kindskopfgroßen myomatösen Uterus.

Sowohl der Salpinxtumor, wie das Pyovarium, als auch die Decke des den ganzen Douglas einnehmenden Beckenabscesses platzten bei der Operation und mehrmals wurde die Bauchhöhle mit großen Eitermassen überschwemmt.

Frau R., 37 Jahre alt. Periode zuerst selten, später regelmäßig, gebar 3 Kinder. Vor 9 Jahren, im Anschlusse an das letzte Wochenbett, ein Vierteljahr schwer krank; seitdem oft Recidive von chronischer Beckenbauchfellentzündung, Oophoritis und Salpingitis.

Seit Frühjahr 1899 besonders schlechtes Befinden. Nach 6wöchentlichem Krankenlager und Perforation eines im kleinen Becken gelegenen Abscesses, von den rechtsseitigen Adnexen ausgehend, vorübergehende Besserung und Kräftigung in einem Soolbade.

Gleich nach Rückkehr aber wieder frische Salpingitis und Oophoritis, dies Mal besonders links.

Nach Ablauf der letzten akuten Erscheinungen im November 1899 Entfernung eines kinderfaustgroßen, linksseitigen Salpinxtumors, schwierige Lösung und Entfernung des linken Eierstockes, noch viel schwierigere rechtsseitige Kastration durch die Laparotomie. Auch hier platzten der linke vereiterte Eileitersack und das rechte mit Eiter gefüllte Ovarium.

In beiden Fällen ausgiebigste Drainage, Kampherinjektionen, Ernährungsklystiere schon vom 2. Tage an; am 3. resp. 4. Tage, mit demselben guten Erfolge wie früher oft, Kochsalzinfusionen, je $^1/_4$ bis $^1/_2$ Liter; bei ersterer Pat., die 4 Tage lang ganz somnolent war und hoch fieberte, zeitweise so schwach war, dass der Puls an der Radialis kaum zu fühlen, geschweige denn zu zählen war, desshalb und trotzdem an 3 Tagen 4 kalte Bäder von 26° bis 18° herab, täglich früh und Abends je 3 kalte Packungen von 10 bis 15 Minuten Dauer; bei letzterer Pat. nur kalte Packungen, aber in Folge eines ähnlichen desolaten Zustandes Kochsalzinfusionen und Nährklystiere wegen des Kollapses in Folge fortgesetzten Erbrechens und Inanition. Das Fieber war offenbar die Folge der Eitermassen, die im Zellgewebe des kleinen Beckens aufgespeichert waren, resorbirt wurden und so in die Lymph- und Blutbahnen gelangten, nachdem der Beckenboden durch die Operation aufgewühlt worden war.

Von ganz auffallendem Erfolge und größter Erleichterung für die erste Kranke war die Applikation der kalten Regendusche auf das Abdomen, die Magengegend und seitliche Thoraxgegend im Bade; hierauf schwand der Meteorismus ganz sichtlich und ganz bedeutend, vor Allem auch in der Magengegend, unter Entleerung von viel Luft und, bereits schon im Bade, Abgang von Blähungen und Stuhl.

Während nun diese ersten 2 Fälle einen äußerst schweren Verlauf nahmen und nur langsam eine Erholung und schließliche Genesung eintrat, so verlief der 3. Fall ohne jede Störung, so dass Pat. schon 14 Tage nach der Laparotomie wieder zu Haus war, wiewohl es auch bei ihr, einer aufs äußerste herabgekommenen Frau, sich um eine chronische Pelveoperitonitis, um eine rechtsseitige chronische Perioophoritis und Perisalpingitis, im Anschlusse an eine Perityphlitis vor 11 Jahren, ferner um eine kleine Parovarialcyste und links um einen vereiterten faustgroßen Ovarialabscess und eitrigen Salpinxtumor handelte, die beim Platzen alle ihren Inhalt in die Bauchhöhle entleerten.

Der Grund für den so milden Verlauf in diesem Falle kann nur der sein, dass hier die Eiteransammlung fast nur auf die Adnexe selbst beschränkt geblieben war, also keine wesentliche Infiltration des Beckenbindegewebes vorlag.

Allen 3 Kranken geht es gut; sie haben schon wieder die Sprechstunde besucht.

Neugeborenes, Missbildungen.

4) **W. Weinberg** (Stuttgart). Zur Kasuistik der Fünflingsgeburt.
(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 24.)

Fünflingsgeburt am Ende des 7. Monats ohne Kunsthilfe. 3 Mädchen, 2 Knaben, alle lebend. Das erste Kind kam Morgens $2^1/_2$ Uhr, die beiden letzten Mittags 2 Uhr zur Welt. Während das erste 20 Stunden lebte, starben die anderen 4 Kinder schon nach je $^1/_2$ Stunde. Es waren 2 Placenten vorhanden. Die Mutter war bei der Fünflingsgeburt 28 Jahre alt und hatte 3mal, darunter 1mal Zwillinge geboren. Ihre ältere Schwester hatte unter 7 Geburten 1mal Zwillinge, 2 Töchter derselben unter 3 und 9 Geburten auch je 1mal Zwillinge.

Graefe (Halle a/S.).

5) **Pick.** Zur Anatomie und Genese der doppelten Gebärmutter.
(Archiv für Gynäkologie Bd. LVII. Hft. 3.)

Zum zweiten Male binnen 2 Jahren hatte L. Landau Gelegenheit, ein Kugelmyom zu operiren, welches intercorporal zwischen 2 Uteri eingelagert war. Es war von vorn nach hinten zwischen die beiden Corpora eingedrungen und in die Höhe gewachsen, so dass es dieselben unter sich in Retroflexionsstellung gebracht hatte. Außer der symmetrischen Verdoppelung des Organs und der gleichmäßigen Kugelmyomentwicklung zwischen ihnen sind in beiden Fällen noch besondere anatomische Eigenthümlichkeiten an der Innenwandung der stark entwickelten Cervices zu bemerken. Während normalerweise die Plicalängsleisten des Arbor vitae median vorn und hinten stehen, sind sie an der Missbildung symmetrisch so rotirt, dass die vorderen nach innen, die hinteren nach außen, der Frontalebene nahe stehen. Diese Stellung weist auf eine Rotation der Müller'schen Fäden vor ihrer Vereinigung, also auf eine embryonale Wachsthumsstörung der Müller'schen Fäden an und für sich hin. P. nimmt an, dass an Stelle des Septumschwundes zwischen den beiden Fäden am Anfange des 3. Monats eine Persistenz und Weiterentwicklung desselben vor sich geht. Die hyperplastischen Processe steigern sich im Bereiche der späteren Corpora zur Erzeugung einer keilförmigen, von vorn nach hinten sich vorschiebenden Zellmasse, welche die Längsrotation bewirkt, die Verschmelzung hintanhält, und aus welcher sich später das Kugelmyom entwickelt. Diese Hypothese scheint durch die thatsächlichen Befunde hinlänglich gestützt, um den symmetrisch verdoppelten Uterus mit intercorporalem Myom als besondere Species unter den Gebärmutterverdoppelungen herauszuheben. Das Myom ist in frühen Embryonalmonaten in Form einer Septumhyperplasie angelegt. Im Grunde genommen handelt es sich also auch in diesen Fällen weniger um eine mechanische Ursache der Missbildung als um eine primäre Keimvariation. Der abnorm großen Längsrotation der Müller'schen Gänge allein kann keine ätiologische Bedeutung für die Entstehung der Uterusdoppelbildung eingeräumt werden, wie Robert Meyer dies neuerdings thut. Dagegen sprechen die Uteri, die an der vorderen oder hinteren Cervixwand doppelte Plicaleisten aufweisen. Da die Verdoppelung derselben sich meist an der hinteren Cervixwand findet, so sind dieselben durch eine bloße Steigerung der physiologischen Konvergenz der Müller'schen Fäden entstanden zu denken. **Courant** (Breslau).

6) **Cramer.** Der Argentumkatarrh der Neugeborenen.
(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 1.)

Die Frage, die immer noch nicht zur Entscheidung gekommen ist, ob und wie lange das Auge auf Argentumeinträufelung reagirt, ist nach den C.'schen Untersuchungen als gelöst zu betrachten. C. beobachtete täglich genau die Augen von 300 mit Argentum behandelten Neugeborenen, und machte hierüber genaue Aufzeichnungen. Zunächst wurde die Stärke und Dauer der Argentumreaktion an 100 Neugeborenen bei einheitlicher Technik der Einträufelung klinisch festgestellt.

Nur 4 Kinder wiesen keine Reaktion auf, bei 4 Kindern war sie »enorm«, bei 25 »sehr stark«, bei 31 »stark«. Unter den übrigen war bei 20 die Reaktion eine mäßige zu nennen. Für die große Verschiedenheit dieser Erscheinung kann der Cohn'schen Anschauung nicht beigestimmt werden, dass eine starke Reaktion durch die Instillation mehrerer statt eines Tropfens herbeigeführt werde. Ein Tropfen findet im Conjunctivalsack Neugeborener eben so wenig Platz wie zwei oder mehr. Die Ätzwirkung ist demnach nur abhängig von der Koncentration der Lösung. Die Gewichte der Kinder, die ungefähr ein Ausdruck für die Widerstandsfähigkeit derselben sind, gaben keine genügende Aufklärung. Zwar wurde festgestellt, dass Frühgeborene und Zwillinge von geringem Gewichte starke Reaktion zeigten, doch war dieselbe oft bei sehr schweren Kindern sehr stark. Auch die Annahme einer individuell verschieden empfindlichen Schleimhaut lässt im Stiche, wenn man beobachtet, dass bei einem und demselben Kinde beide Augen verschieden reagiren. Eine wirklich plausible Erklärung fand Verf. in dem Umstande, dass sich die Conjunctiva der Neugeborenen in einem mehr oder weniger pathologischen Zustande befindet. Nachdem ihm die starke Argentumreaktion bei Gesichtslagen und nach Zangenentbindungen aufgefallen war, untersuchte er systematisch die Schleimhaut nach jeder Geburt. Immer fanden sich die Blutgefäße stark injicirt, die Schleimhaut hyperämisch, nach protrahirten Geburten oft deutlich ödematös. Trifft die Argentumlösung eine solche veränderte Schleimhaut, so wird die Reaktion nicht ausbleiben. Bei demselben Kinde wird auch das nach hinten im Becken liegende Auge mehr geschädigt als das andere, so dass das erstere auf Argentum stärker reagiren muss. Nach diesen Beobachtungen und Überlegungen erklärt sich auch der verschiedene Verlauf der primären und sekundären Blennorrhoe so, dass nach Überwindung der Geburtsschädigungen die Schleimhaut schwächer reagirt. Hiermit stimmt auch die Thatsache, dass bei prophylaktischer Argentumeinträufelung in späteren Lebenstagen kaum eine Reaktion zu beobachten ist. Auf Grund zweier Beobachtungen entscheidet ferner C. auch die Frage, ob die Infektion intra partum stattfinden kann. Bekanntlich bestritt dies Keilmann, weil das kindliche Auge bis nach Geburt des Rumpfes geschlossen bleibe, und baute auf diese Annahme die prophylaktische Maßnahme des Auswischens der geschlossenen Augen auf. C. hat in 2 Fällen, normalen Geburten in 1. Schädellage, Ektropium des oberen Augenlides konstatirt. Auch konnte er nachweisen, dass sich mechanisch beim Neugeborenen sehr leicht durch geringen Druck unterhalb des Orbitalrandes ein Klaffen der Lidspalte herbeiführen lässt. Dieses Klaffen kann beim Zurückweichen des Kopfes in der Wehenpause leicht zum Ektropium werden, wenn der Muttermund- oder Vulvarrand die klaffende Lidspalte fixirt. Jedenfalls ist der Geburtsmechanismus nicht geeignet, das obere Lid ständig auf den Bulbus aufgepresst zu erhalten.

In 27 Fällen dauerte der Katarrh über den 5. Tag hinaus, in 11 war eine Sekundärreizung mit Aufflackern des abheilenden Katarrhs nachweisbar. C. konnte bakteriologisch nachweisen, dass für die Dauer der Sekretion die Einwanderung von Mikroorganismen eine Rolle spielt, sodass also die Dauer nicht immer von der anfänglichen Stärke der Argentumreaktion abhängt. Normalerweise fand Verf. in den ersten Tagen post partum spärliche Xerosebacillen und Staphylococcus albus in Kultur. Noch am 6. Tage konnten in 2 Fällen keine Bakterien im Conjunctivalsacke nachgewiesen werden. Nach Argentumeinträufelung war das Bild ein anderes. Meistens waren die stark vermehrten Bakterien schon im mikroskopischen Präparate zu finden. Unter den 11 Fällen, bei denen eine nachträgliche katarrhalische Reizung beobachtet wurde, waren 7, wo der Staphylococcus aureus gefunden wurde. Eine der Sekundäreiterungen war durch Streptokokken bedingt, während gleichzeitig die Mutter an Lochiometra erkrankt war. Es soll hervorgehoben sein, dass die akute gutartige Staphylo- und Streptokokkenconjunctivitis in der ersten Zeit von der specifischen Blennorrhoe nicht zu unterscheiden ist. — Auf Grund seiner Beobachtungen muss sich Verf. gegen die obligatorische Einführung des Credéisirens aussprechen. Es haften der Methode Nachtheile an, die vielleicht bei anderen Mitteln zu vermeiden sind. Andere Präparate müssen daher auch auf ihre

Brauchbarkeit zur Verhütung der Blennorrhoe geprüft werden. — Die Arbeit C.'s bringt frisches Material und eine Reihe von anregenden Gedanken in eine viel bearbeitete und immer noch unklare Frage. **Courant** (Breslau).

7) **B. Wolff.** Über Missbildungen mit einfacher Nabelarterie.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVII. Hft. 3.)

Verf. beschreibt 2 Missbildungen mit einfacher Nabelarterie aus der Charitépoliklinik und giebt eine Übersicht über die bezügliche Litteratur. Es handelt sich hauptsächlich um Verunstaltungen der unteren Rumpfhälfte. Der 1. Fötus mit großem Nabelbruche und Eventration der Eingeweide weist eine Nabelarterie als direkte Fortsetzung der Aorta und von gleichem Kaliber wie dieselbe auf. Wahrscheinlich steht das Gefäßsystem auf einer frühen Entwicklungsstufe, in der, wie wir wissen, die Nabelarterien als direkte Theilung der Aorta entstehen. Die 2. Missbildung gehört zu den typischen Formen der sirenenartigen Bildungen, obgleich die Extremitäten nicht verschmolzen sind, also ein Übergangsstadium vorliegt. Hier entspringt die einfache Arterie an der vorderen Wand der oberen Bauchaorta oberhalb der Theilung in die Iliacae, eine Form, die bei allen sirenenartigen Missbildungen beobachtet ist. Nach Meckel und Weigert, denen auch Verf. beistimmt, ist in diesen Fällen eine Arteria omphalomesaraica an Stelle der fehlenden Umbilicales getreten. Es ist der Hergang wahrscheinlich der, dass in Folge der primären Entwicklungsstörung der unteren Rumpfhälfte die Bildung der Beckenarterien ausbleibt. Die einfache Nabelarterie der Sirenen- und sirenenartigen Bildungen stellt also wahrscheinlich eine sekundäre, funktionelle Bildung dar, die mit den eigentlichen Nabelarterien nicht zusammenhängt.

Courant (Breslau).

8) **Mundé** (New York). Angeborene Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

(Med. record 1899. Februar 11.)

M. hat innerhalb der letzten 2 Jahre nicht weniger als 13mal Missbildungen der Geschlechtsorgane gefunden. Eine Pat. war verheirathet und besaß statt der Scheide nur eine kleine Tasche, bei der Mastdarmuntersuchung war nur eine schwache Andeutung innerer Geschlechtstheile zu finden; die Scheide wurde operativ vertieft. Eine andere Unverheirathete hatte keine Spur von irgend welchen Beckenorganen außer Blase und Mastdarm; hier musste eine künstliche Scheide gemacht werden. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

9) **Escherich** (Graz). Pyocyaneusinfektionen bei Säuglingen.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Gynäkologie Bd. XXV. Hft. 4.)

Im Kinderkrankenhause zu Graz starben hinter einander mehrere schwächliche Säuglinge an Infektion durch den Bacillus pyocyaneus unter Durchfällen, raschem Verfalle und Aufschießen hämorrhagischer Blasen der Haut. Der Nachweis gelang mehrfach in den Darmausleerungen. Die Ansteckung erfolgte von einem in demselben Krankensaale befindlichen Kinde mit einer schweren Form der in Rede stehenden Infektion und wurde anscheinend durch die Luft herbeigeführt. Sie hörte wenigstens nach energischer Räucherung mittels der Lingner'schen Methode auf. **Gläser** (Danzig).

10) **Switalski** (Krakau). Über ein zwischen den Blättern des breiten Mutterbandes bei einem neugeborenen Mädchen gefundenes Ektodermalgebilde.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 5.)

Das betreffende haarähnliche, spindelförmige Gebilde nahm nach S.'s Ansicht seinen Ursprung von einigen bei der Abdrängung des Wolff'schen Ganges von der Außenhaut mitgerissenenen Ektodermzellen. Die Beobachtung ist von Wichtigkeit für die Genese unabhängig von den Ovarien auftretender Dermoide.

Roesing (Hamburg).

11) **F. von Maudach** (Bern). Beiträge zur Anatomie des Uterus von Neugeborenen und Kindern.

(Virchow's Archiv Bd. LXVI. Hft. 1.)

Verf. benutzte zu seinen Untersuchungen, die er im pathologischen Institute in Bern vornahm, im Ganzen 80 Uteri; davon 13 von Neugeborenen, 25 aus dem 1., 15 aus dem 2., die übrigen vom 3.—16. Jahre. Seine Absicht war, einmal die Verhältnisse des Wolff'schen Ganges festzustellen.

Neben dem mit einem Lumen versehenen Gange findet sich ein solider Strang von Muskelfasern in Halbmondform. Links obliterirt der Gang frühzeitig, Verf. fand ihn links in 31 Fällen, rechts in allen. Wie schon Rieder hervorhebt, konnte auch der Verf. konstatiren, dass der Gang gewöhnlich vom Rande des unteren Theiles des Gebärmutterkörpers beginnt innerhalb der Randgefäße, beim Übergange in die Cervix liegt er medial von den großen Gefäßen, dann durchtritt er, sich spiralig drehend, die Uterusmuskulatur von unten innen nach oben außen. Das obere Ende liegt häufig in der Mitte zwischen innerem Muttermunde und Fundus uteri. In der Cervix liegt der Gang seitlich etwas vor dem Halskanal, ziemlich nahe demselben. Dreimal ließ sich der Gang in der seitlichen Scheidenwand bis zu seinem Ende unter dem Vaginalepithel verfolgen. Das Epithel, meist gut erhalten, war einschichtig in der ganzen Länge des Kanals, nur in 2 Fällen im Scheidentheile zweischichtig. Wimpern ließen sich nicht konstatiren. Die Muskelschicht besteht aus 2 Längsschichten und einer dazwischen liegenden Ringmuskelschicht. Zahlreiche Nebenlumina kommen vor.

Was weiter die Uterusschleimhaut anbetrifft, auf die Verf. achtete, so zeigten sich die Drüsen im Corpus uteri bei Neugeborenen bis zum Alter von 5 Jahren sehr schwach, von 5—10 Jahren unvollständig, später meist vollkommen ausgebildet. Vereinzelt fand sich cystische Erweiterung, 1mal eine abgesprengte kleine cystische Höhle, mit Cylinderepithel ausgekleidet, in der Muskulatur. An der Portio waren mehrfach Fortsätze des Plattenepithels in die Tiefe zu beobachten. In 35 Fällen waren polypöse Bildungen als Fortsetzungen der Plicae palmatae in der Gegend des inneren Muttermundes vorhanden. **Gläser** (Danzig).

12) **Tissier.** Über den Einfluss der anormalen Geburt auf die Entwicklung von Gehirnstörungen beim Kinde.

Inaug.-Diss., Paris, 1899.

Frühgeburt, Forceps, Wendung, Zwillinge, Umschlingung und Kompression der Nabelschnur können den Grund abgeben zu Idiotie, Epilepsie, spastischen Paralysen, Hydrocephalie. Das 1. Symptom ist zuweilen, nicht immer, die Asphyxie nach der Geburt. Besonders der Epilepsie liegen sehr oft Geburtstraumen zu Grunde. Bei den Frühgeburten liegt die Ursache in der leichteren Zerreißlichkeit der Gefäße und der größeren Weichheit des Schädels; das Gleiche gilt für Zwillinge. Bei Iparis scheinen die Verhältnisse ungünstiger zu liegen als bei Multiparis. Die Läsion kann dreifacher Art sein: Kontusion der Gehirnmasse, partielle Kongestion mit Ruptur intrakranieller Gefäße, allgemeine Kongestion des Venensystems in Folge eines Hindernisses im fötalen Kreislaufe. Im letzteren Falle scheinen die intracerebralen Kapillarhämorrhagien stärker zu sein als die meningealen. Ätiologisch scheint Alkoholismus, Lues und Tuberkulose der Eltern in Betracht zu kommen, da durch die Frühgeburt mangelhafte Resistenzfähigkeit der Gewebe und Gefäße mit specifischen Entzündungsherden an Stelle der Läsionen bedingt wird. **Stoeckel** (Bonn).

13) **F. Caruso** (Neapel). Über ein Monstrum rachiticum mit großem lymphangiektatisch-elephantiastischem Tumor.

(Arch. di ost. e gin. 1899. April.)

Eine 27jährige Frau, die 3 Aborte durchgemacht und ein gut entwickeltes Kind geboren hatte, brachte im Anfange des 7. Monats ihrer 5. Schwangerschaft

die beschriebene Frucht todt zur Welt; bei der Geburt entleerten sich mehr als 3 Liter Fruchtwasser. Der männliche Fötus wog 600 g und war 26 cm lang. Die pathologischen Befunde waren im Wesentlichen dreierlei Art: 1) doppelte Hasenscharte der Oberlippe, 2) kleinmelonengroßer Tumor an der Hinterseite des Kopfes und Rumpfes, 3) Anomalien am Knochensystem. Der erwähnte Tumor war von weicher Konsistenz und bestand in der Hauptsache aus dem beträchtlich gewucherten und ödematösen subkutanen Bindegewebe; er enthielt, außer einem großen Reichthume an erweiterten Lymphgefäßen, 5 cystische Hohlräume von verschiedener Größe. Die bedeutendsten Abnormitäten wies das Skelett auf: völliges Fehlen der hinteren Wand des Canalis sacralis, also mangelhafter Verschluss des Wirbelkanales (Rachischisis partialis), außerdem unverhältnismäßige Größe des Schädels, weite Fontanellen, beträchtliche Verkürzung und Verkrümmung der oberen so wie der unteren Extremitäten. Ellbogen und Handgelenk spitzwinkelig gebeugt, Epiphysen erheblich verdickt; Füße in Valgusstellung, artikuliren nur mit der Fibula. Lordosis in der unteren Brustwirbelsäule, Kyphose im Lendenabschnitte. Die histologische Untersuchung der Knochen ergab: unregelmäßige Ossifikationsgrenze, Reichthum an osteoïdem Gewebe, spärliche Kalkablagerung. Die makroskopischen eben so wie die histologischen Befunde lassen den Process an den Knochen als wahre Rachitis erscheinen. Die Ätiologie der vorgefundenen Missbildungen ist völlig unklar. **H. Bartsch** (Heidelberg).

14) **P. Sfameni** (Pisa). Einige Betrachtungen über das gleichzeitige Vorhandensein zweier Fruchtblasen bei Zwillingsgeburt.

(Annali di ost. e gin. 1899. März.)

Verf. hat 15 Fälle aus der Litteratur zusammengestellt, bei welchen unter der Geburt gleichzeitig 2 Fruchtblasen zu fühlen waren, und fügt einen Fall aus eigener Beobachtung hinzu. Die genannte Erscheinung ist nach Ansicht des Verf. durchaus nicht so selten, wie bisher angenommen wurde. Was die Bedingungen anbetrifft, unter welchen das Phänomen beobachtet wird, so ist es durchaus nicht nöthig, dass die Trennungsfläche der beiden Eier (das Septum zwischen denselben, genau senkrecht durch den Mittelpunkt der Muttermundsfläche hindurchgehe; dieser Fall ist sogar extrem selten. Die »doppelte Blase« ist auch dann zu beobachten, wenn das trennende Septum einen schrägen Verlauf in Bezug auf die Muttermundsfläche hat und nicht durch den Mittelpunkt hindurchgeht. In diesen Fällen kann entweder durch die allmähliche Erweiterung des Muttermundes die trennende Eihautgrenze überschritten werden, so dass der 2., seitwärts gelegene Eipol erst sekundär bloßgelegt wird und so in den Bereich des Muttermundes gelangt; oder es kann, wenn auch der völlig erweiterte Muttermund die 2. Blase nicht erreicht, dieselbe dennoch zum Vorscheine kommen, und zwar auf die Weise, dass (entweder in beiden oder nur in dem 2. Eie) der vorliegende Theil den unteren Eipol nicht ausfüllt, so dass eine freie Kommunikation zwischen dem Vorwasser und dem übrigen Fruchtwasser besteht. Alsdann wird die prallgespannte Blase nach unten drängen und neben der primären zum Vorscheine kommen können. Am häufigsten scheint dem Verf. der zuletzt beschriebene Modus zu sein; und in der That finden wir in einer Reihe von Fällen entsprechende abnorme Lagen des einen Zwillings (wie so häufig bei Zwillingsgeburten). Die beiden Fruchtblasen sind entweder gleich groß oder, was häufiger ist, von verschiedener Größe. Sie liegen entweder hinter einander oder neben einander; demgemäß verläuft auch die Trennungsfurche bald quer von einer Seite zur anderen, bald von vorn nach hinten (das letztere häufiger). Unter den Müttern finden sich sowohl Erst- als Mehrgebärende. Aus einigen der mitgetheilten Fälle zieht Verf. den Schluss, dass, wenn es sich um Zwillinge handelt, von denen einer in Schädellage, der andere in Steißlage sich befindet, und wenn beide Blasen fühlbar sind, nur die Blase des in Steißlage befindlichen gesprengt werden darf.

H. Bartsch (Heidelberg).

15) P. Budin (Paris). **Die Abtheilung der schwächlichen Neugeborenen in der Frauenklinik in den Jahren 1896/97.**

(Obstétrique 1899. No. 2.)

B. hat bereits früher eine Statistik aus dem Jahre 1895 veröffentlicht. Im Jahre 1896 wurden 365 schwächliche Kinder aufgenommen. 66 starben am Tage der Aufnahme und 8 am nächstfolgenden Tage; 21 weitere Kinder hatten eine sehr niedrige Rectaltemperatur, waren also nicht als lebensfähig zu bezeichnen. Im Ganzen also 95 nicht lebensfähige Kinder; lebend blieben 270. Unter diesen befanden sich 61 mit ebenfalls bedeutender Abnahme der Rectaltemperatur; 51 gingen denn auch in der Folgezeit zu Grunde, während 10 gerettet werden konnten; des weiteren wurde 1 Kind dem Leben erhalten, das eine Rectaltemperatur von 32° hatte. Gewicht 1170.

Von den zur Aufnahme gebrachten Kindern war eine große Zahl, ca. $^2/_3$, erkrankt; trotz dieser ungünstigen Bedingungen konnten 41,85% gerettet werden.

Im Jahre 1897 wurden 353 schwächliche Kinder aufgenommen. 52 starben am Tage der Aufnahme, 12 am darauffolgenden Tage; 26 konnten als nicht lebensfähig angesehen werden, da sie im Momente ihrer Aufnahme eine Rectaltemperatur von nur 32 oder unter 32 besaßen; es blieben so 263 Kinder, von denen 64 mit ebenfalls beträchtlichem Temperaturabfalle; von diesen 64 starben 59 und 5 konnten gerettet werden; eine große Zahl von Kindern war ebenfalls beim Eintritte krank. 24,55% der Kinder konnten gerettet werden.

Wie im Jahre 1895, so hatte auch in den Jahren 1896/97 eine Influenza-Bronchitisepidemie viele Opfer gefordert. **Beuttner** (Genf).

16) P. Budin (Paris). **Über den Abfall der Temperatur bei schwächlichen Neugeborenen und seine Konsequenzen.**

(Obstétrique 1899. No. 2.)

Der Abfall der Temperatur erfolgt bei den Neugeborenen äußerst leicht; diese Abkühlung ist gefährlich und selbst sehr gefährlich, wenn es sich um schwächliche Kinder handelt. Die Zahl der Todesfälle der letzteren Kategorie von Neugeborenen ist geradezu erschreckend. Man muss desshalb die ausgedehntesten Maßregeln zur Verhütung der Abkühlung ergreifen.

Beuttner (Genf).

Verschiedenes.

17) M. Salin. **Der Einfluss der nervösen Krankheiten auf die operative Gynäkologie.**

Nach einem Vortrag bei der Jahresfeier des Vereins schwedischer Ärzte.

(Hygiea Bd. LX. p. 1.)

Verf. sieht die Ursache der jetzigen Übertreibung in der operativen Wirksamkeit der Gynäkologen hauptsächlich in Unkenntnis von den Lehren der modernen Neuropathologie. Die Inkonstanz der nervösen Symptome und ihr Auftreten, ohne dass Veränderungen in den Genitalorganen zu finden sind, sollte verdächtig sein. Die Wirkung der Suggestion in verschiedenen Formen wird angedeutet. Die nervösen Krankheiten hat sogar die Brandt'sche Massage hervorgerufen und rufen größere und kleinere operative Eingriffe hervor. Nur wenn das Nervenleiden seinen Sitz in den weiblichen Genitalorganen hat und mit denselben entfernt werden kann, sei eine Operation berechtigt. Dass aber die sogenannten Reflexsymptome von den Genitalleiden abhängig sind, ist gar nicht zu beweisen. Alle diese hysterischen Symptome finden sich eben so oft bei Männern und Kindern. Gegen die Kastration wegen Neurosen macht Verf. Front, eben so gegen die Operation der Emmet schen Ruptur. Er fordert die Einschränkung der Salpingotomie, nimmt ganz und gar von den Retroflexionsoperationen Abstand.

In vielen Fällen wird die Indikation abgeleitet von Symptomen, die mit den unbedeutenden Veränderungen an den Genitalorganen nichts zu thun haben. Es giebt wohl kein hysterisches Symptom, gegen welches die Abschabung nicht ausgeführt wurde. Auch bei den Myomen wird der Gynäkolog nicht selten durch hysterische Symptome verleitet, eine ganz unnöthige Operation auszuführen. Die neueren Ansichten von den nervösen Krankheiten als idiopathischen, die von den Genitalorganen unabhängig, werden nur ganz allmählich durchdringen können und schneller erst, wenn die führenden Gynäkologen mit den Lehren der Neuropathologie vertraut geworden sind. Dann wird die Gynäkologie logischer und die Operationswirksamkeit in engere Grenzen eingeschränkt werden.

C. D. Josephson (Stockholm).

18) **A. Dobisch** (Auscha). Über Migräne.

(Prager med. Wochenschrift 1898. No. 46.)

Bei 34 im Laufe eines Jahres untersuchten Migränekranken fand D. als charakteristischen Typus ein schmales, blasses Gesicht mit leidenden Zügen und Verengerung der einen (schon äußerlich durch steileren Verlauf auffälligen) Nasenhälfte bei gleichzeitiger Verbiegung des Nasenseptums. Auf der schmaleren Seite war stets der beweglichere Nasenflügel, der beim Einathmen fast immer bis zum völligen Verschluss durch den Luftstrom angesaugt wurde. Auch weitere Skelettanomalien fanden sich, z. B. deutliche Abflachung der Brust entsprechend der flacheren Nasenseite. Dem Anfalle geht immer eine durch die bekannten Gelegenheitsursachen bedingte Anschwellung der Nasenschleimhaut und mehr oder minder deutlich nachweisbare Behinderung der Nasenathmung voraus, so dass D. die Migräne als nasale Neurasthenie aufzufassen geneigt ist. Die Behandlung des Anfalles besteht in viertelstündlichen Einträufelungen von 3—5%iger Cocainlösung in beide Nasenöffnungen und Darreichung von lauem oder warmem Bitterwasser ($^1/_8$—$^1/_2$ Liter), wodurch entweder Erbrechen (reichlicher Schleimmengen) oder Entleerung des Magens nach unten erreicht wird. Die prompte Wirkung des Cocains wird hervorgehoben. Nicht zu vergessen ist die roborirende Allgemeinbehandlung.

Piering (Prag).

19) **J. Oliver** (London). Trophoneurosis des Uterus.

(Edinb. med. journ. 1898. September.)

Wenn gleich die Existenz trophischer Nerven am Uterus noch nicht anatomisch erwiesen ist, seien dieselben doch sicher vorhanden und Störungen ihrer Funktion führe zu direkt nachweisbaren Veränderungen am Uterus in Konsistenz und Haltung resp. Lagerung. Letztere beiden Momente, resp. deren normales Verhalten resultire aus der harmonischen Balance zwischen Druck und Gegendruck von Peritoneum und Muskulatur. Um dieses Verhältnis klar zu machen, gebraucht Verf. ein nettes Bild: Ein Rhabarberblattstiel, sagen wir von 50 cm Länge, besteht aus Haut und Fleisch: ziehen wir einen Streifen des epidermalen und darunter liegenden Kollenchymgewebes der ganzen Länge nach ab, so verliert dieses sofort beträchtlich an Länge und deckt den Substanzverlust nicht mehr; andererseits nimmt, wenn wir die ganze Haut von dem Stengel entfernen, dieser sofort um 3—5 cm an Länge zu. Störungen in diesem Verhältnisse zwischen Spannung des Peritoneums und Uterusmuskels führen zu Lageveränderungen und Menstruationsstörungen, meist in Form von Verzögerung und Verminderung, zuweilen mit Dysmenorrhoe. Ist die Konsistenzverminderung des Muskels partiell, so ergiebt sich der Befund der Columnae corneae oder Differenzen einzelner Theile oder Hälften des Organes.

Zeiss (Erfurt).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. **Sonnabend, den 10. März.** **1900.**

I. Forceps in mortua. Lebendes Kind. Bemerkungen über Tod in der Geburt und Entbindung in aufrechter Stellung wegen Orthopnoë.

Von

Dr. **Alfred Egon Neumann** in Berlin.

Der von Dr. Fleischmann in No. 4 dieses Blattes mitgetheilte Fall von Entwicklung einer lebenden Frucht aus einer Todten erinnerte mich an den mir von dem Kollegen San.-R. Dr. Koerbitz, Berlin, mitgetheilten Fall, den ich mit dessen gütiger Erlaubnis, der Seltenheit wegen, der Vergessenheit entreißen möchte.

Dieser Fall, der 4. der jetzt bekannten Fälle, war folgender:

Im Jahre 1869 wurde Dr. Koerbitz zu einer soeben plötzlich in Kindesnöthen unentbunden verstorbenen Krämersfrau gerufen; er erfuhr über die ihm unbekannte Frau, dass sie während der Schwangerschaft an immer zunehmender Athemnoth und an Schwellung der Beine gelitten, dass sie aber nicht zu bewegen gewesen sei, einen Arzt zu befragen. Herr Dr. Koerbitz konstatirte den sicher ein-

getretenen Tod, der auch den anwesenden Laien als solcher imponirt hatte, und hielt demgemäß Belebungsversuche für nutzlos; dagegen glaubte er einen Versuch zur Rettung des Kindes machen zu sollen, zumal noch Lebenszeichen vorhanden zu sein schienen. Es wurde schleunigst nach der Zange geschickt, was ca. 6 Minuten in Anspruch nahm und das zangengerecht stehende Kind — ein Mädchen — schnell entwickelt. Das Kind zeigte kaum eine Spur von Asphyxie, schrie bald und blieb am Leben.

Kollege Koerbitz schätzt die Zeit vom Tode der Mutter bis zur Geburt des Kindes auf mindestens 15 Minuten, was auch nach den mir bekannten örtlichen und sonstigen in Betracht kommenden Verhältnissen eher zu wenig als zu viel erscheint.

Es ist dies der 1. Fall, in dem eine so lange Frist — 15 Minuten — zwischen dem Tode der Mutter und der Geburt eines lebenden Kindes mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit konstatirt worden ist, denn sowohl in dem Heinrici'schen wie im Piskaček-schen Falle betrug diese Frist 5, im Fleischmann'schen nur 10 Minuten.

Das von Dr. Koerbitz gerettete Mädchen ist ca. 20 Jahre später als Frau durch denselben mit Zange entbunden worden.

Fleischmann erwähnt, dass er Behufs Vornahme der Geburt die Frau auf das Querbett legte, ihrer Dyspnoë wegen in halb sitzender Lage. Ich vermag nicht zu beurtheilen, ob in diesem Falle die Veränderung der Lage auf den Tod unter den Händen des Geburtshelfers eingewirkt hat, mir sind indessen Fälle anderer Geburtshelfer aus persönlicher Erfahrung und aus der Litteratur bekannt, wo im Moment der Lagerung auf den Operationstisch der Tod hochgradig Dyspnoischer unter den Händen des Operateurs verhältnismäßig plötzlich erfolgte, und die ich dem Umstande zuschreibe, dass die betreffenden Geburtshelfer die liegende Stellung der Frau bei der Geburt nicht umgehen zu können glaubten.

Einen derartigen Fall höchster Dyspnoë hatte ich selbst zu behandeln Gelegenheit, wobei ich wegen augenblicklicher Lebensgefahr von der Lagerung in liegender Stellung Abstand genommen und sowohl Einführung des Bougies als auch Entbindung in stehender Position der Frau vornahm. Auf das subjektive Gefühl der Pat. kann man sich nicht verlassen, da sie sich meist in hochgradiger Apathie und Stupor befinden.

Der mir von Herrn Dr. Hoernig in Guben überwiesene Fall war folgender:

Frau A. M., aus Gr. Bösitz, 40 Jahre alt, als Kind stets kränklich, »gelähmt«, so dass sie lange Zeit am Stocke gegangen ist. Menses erst im 22. Jahre, in 16jähriger Ehe 3 Kinder, 4 Wochen vor der Geburt des 3. Kindes Schlaganfall, konnte danach ca. 1/4 Jahr nicht sprechen. Seit dem 22. März fühlt sie sich schwanger, Ende Juli trat Geschwulst auf, seit 8 Tagen sitzt sie im Bett.

Status pr. am 3. September 1897: Elende Frau mit allgemeinen Ödemen der Haut, besonders stark an den Beinen, den Händen, im Gesicht, äußere Genitalien sind kolossal geschwollen, es besteht Ascites. Am Herzen systolische und diastolische Geräusche, unreiner klappender 2. Pulmonalton, Puls kaum fühlbar,

Orthopnoë. Pat. schlummert fast ununterbrochen. Urin sehr spärlich, 1% Albumen. Uterus im 6. Monat schwanger, Kindestöne nicht hörbar, keine Kindesbewegungen.

Es wird der Versuch gemacht, die Frau durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt zu retten. Bougie muss bei der stehenden Frau eingeführt werden, es treten Wehen auf und nach 6 Stunden ist Öffnung von 5markstückgröße erreicht, Cervix verstrichen, der Kopf liegt fest auf; wegen Gefahr im Verzuge wird der Kopf perforirt, die kleine Frucht allmählich extrahirt. Keine Blutung, die Placenta wird erst am nächsten Tage durch leichten Druck entfernt. Die ganze Procedur der Entbindung steht die Frau angelehnt an den Operationstisch, unterstützt von mehreren Personen, in somnolentem Zustande, in des Wortes verwegenster Bedeutung »mehr todt als lebendig«. Doch auch nach der Geburt wird der Zustand nicht besser, die kleine Frucht hat wenig Raum gegeben, die Dyspnoë ist unverändert, es scheint die Schwäche des Herzens zuzunehmen; da werden mehrere Incisionen in die Haut der Unterschenkel gemacht, es fließt literweise Wasser ab und nun erst machen sich die Spuren einer leichten Besserung bemerkbar. Pat. sitzt im Lehnsessel, die Beine in einer Wanne, während des ganzen Aufenthaltes in der Klinik. Bei der gewünschten Entlassung am 9. Tage hat der Urin noch $1/2$% Albumen, keine Cylinder, Ödeme fast ganz geschwunden, Pat. geht selbständig 2 Treppen herunter. Bisher ist sie bis auf das kompensirte Vitium cordis relativ gesund geblieben.

Ich bin der festen Überzeugung, dass ich eine Leiche vor mir gehabt, wenn ich darauf bestanden hätte, die Frau auch nur auf den Operationstisch mit zurückgelehntem Oberkörper zu legen. Der Lufthunger war ein so gewaltiger, dass die aufrechte Stellung kaum noch das äußerste Minimum der zur Erhaltung des Lebens nothwendigen Lufterneuerung in den Lungen gewährleistete und jede Lage, die dieses Minimum nur um eine Spur verringerte, gleichbedeutend gewesen wäre mit Aufhebung der Lebensmöglichkeit; der Ascites vermehrt die Gefahr der horizontalen Lage wesentlich.

Ich gebe zu, dass es einer Art Grausamkeit ähnlich sieht und demnach einer großen Überwindung bedarf, unter so traurigen Umständen der Frau eine Entbindung in stehender Position zuzumuthen, aber ich glaube andererseits, dass es der einzige Weg ist, das Leben der Frau wenigstens für die Zeit der Geburt zu erhalten und sich die immerhin peinliche Situation, dass die Frau unter den Händen des Geburtshelfers stirbt, zu ersparen, dass man aber auch manchmal die freudige Genugthuung haben wird, ein im Entfliehen begriffenes Leben über eine gefährliche Klippe hinüber bugsirt und eventuell für längere Zeit erhalten zu haben.

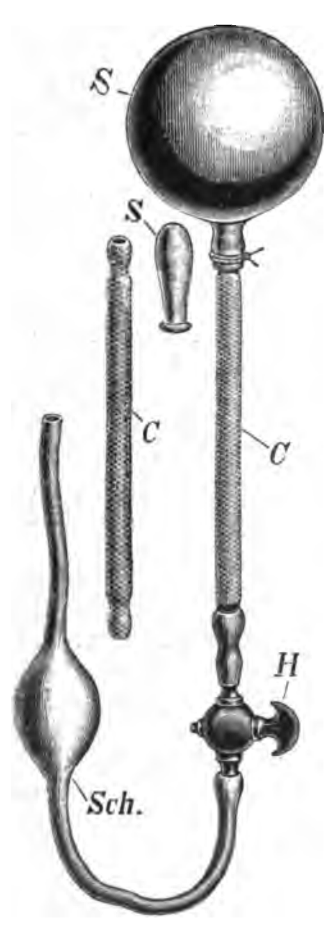
II. Ein Metreurynter.

Von

Dr. **Eduard Preiss** in Kattowitz (Oberschlesien).

Während meiner 10jährigen geburtshilflichen Thätigkeit habe ich häufig Gelegenheit gehabt, eine mechanische Dilatation der Cervix vorzunehmen. Handelte es sich dabei um Geburten, welche ich außerhalb meiner Privatheilanstalt unter ungünstigen äußeren Umständen (schlechter Beleuchtung, ungenügender Assistenz) zu be-

endigen hatte, entschloss ich mich nur ungern zur Verwendung des allgemein üblichen Kolpeurynters (von Barnes bezw. Fehling, Schauta). Wird derselbe im Dunkeln — ohne Spiegel und Kugelzange — eingeführt, so gleitet er noch vor der Füllung häufig aus dem Cervicalkanale heraus und man ist genöthigt, am Muttermunde mehr als der Kreißenden zuträglich zu manipuliren; dazu kommt, dass das Einführungsinstrument (Kornzange, Sonde, Uteruspincette u. Ä.) ein unnachgiebiger, metallener Körper ist, mit welchem die Uteruswand leicht verletzt werden kann; scheut man sich aber aus diesem Grunde, den Kolpeurynter hoch genug hinaufzuführen, so schlüpft er schon bei mäßiger Füllung aus dem Uterus; der beabsichtigte Zweck wird somit nicht erreicht. Wenn ich auch zugebe, dass die Gewandtheit des Geburtshelfers mit der Übung wächst, so muss unser Augenmerk doch darauf gerichtet sein, einen Apparat herzustellen, der auch in der Hand des weniger geübten jungen Arztes und unter den Verhältnissen der poliklinischen Praxis verwendet werden kann.



$^1/_4$ natürl. Größe.

Ich habe desshalb ein einfaches Instrument konstruirt, welches ich schon seit einigen Jahren zu vollster Zufriedenheit benutze. Dasselbe (s. Fig.) ist ein 25 cm langer, 1,2 cm dicker, an beiden Enden halsartig eingeschnürter Hohlcylinder (*C*) aus mit Gummilösung imprägnirtem Baumwollgeflecht (nach Art der braunen englischen Katheter); seine Dicke entspricht etwa derjenigen des 5. Fingers, der Durchmesser des Lumens beträgt 0,2 cm. Über dem zur Einführung bestimmten Ende ist ein sog. Syphonsauger (*S*) aus bestem Patentgummi aufgestülpt und durch ein Stückchen Nabelschnur mit dem Hohlcylinderfest verbunden. An das vulvare Ende wird — wie bei den bisher üblichen Kolpeuryntern — ein Gummischlauch mit Saugballon (*Sch*) und eingeschaltetem Hahn (*H*) angefügt.

In Folge des Materiales, aus welchem der Hohlcylinder hergestellt ist, lässt sich derselbe wie ein Stab bequem einführen, ohne dabei zu verletzen, da er etwaigen Widerständen (Uteruswand) nachgiebt und ausweicht, andererseits verharrt er in der ihm gegebenen Lage und gestattet, die Füllung des sog. Syphonsaugers an der gewünschten Stelle vorzunehmen.

Wiederholt habe ich, wie schon erwähnt, den Apparat mit günstigem Erfolge angewendet, u. A. bei Eklampsie Mehrgebärender, so wie auch bei Placenta praevia — wo er gleichzeitig blutstillend wirkt. Ist die Cervix etwas nachgiebig, was besonders bei Placenta praevia fast immer der Fall ist, und übt man nach Füllung des Ballons einen mäßigen Zug aus, so erreicht man in überraschend schneller Zeit — meist schon in einigen Minuten — eine völlige Erweiterung des Muttermundes und kann die Geburt des Kindes je nach Beschaffenheit des Falles entweder durch Zange oder durch Wendung mit Extraktion sofort anschließen.

Ich habe bisher ca. 60 Fälle von Placenta praevia behandelt; hiervon habe ich 3 Mütter verloren: Die eine in Folge des Blutverlustes während der in extremis vorgenommenen Wendung, die zweite an einer Metrophlebitis, welche sich in der 2. Woche post partum bildete, die dritte endlich — bei meiner Ankunft bereits pulslos — ging an Verblutung zu Grunde, bevor noch die beabsichtigte Kunsthilfe geleistet werden konnte. Es betrug somit die Mortalität der Mütter 5%. Dagegen wurden von den Kindern nur sehr wenige erhalten: in 3 Fällen (Placenta praevia lateralis), wo es sich um Kopflage handelte, kamen die Kinder lebend; ich hatte mich darauf beschränkt, die Blase zu sprengen und die Geburt spontan vor sich gehen zu lassen; in denjenigen Fällen dagegen, bei welchen ich die kombinirte Wendung machen musste, habe ich von den Kindern, welche vor dem Eingriffe noch lebten, nur 2 erhalten und zwar nur dort, wo ich an Stelle des Verfahrens von Braxton-Hicks die Dilatation der Cervix mit meinem Metreurynter vorgenommen und an die Wendung die Extraktion sofort angeschlossen habe.

Da die Anwendung des Apparates sehr einfach ist und er sich eben so wie die jetzt üblichen Kolpeurynter desinficiren lässt, so glaube ich ihn für die geburtshilfliche Praxis empfehlen zu können[1]. Bemerken möchte ich schließlich noch, dass ich mich bei Köliotomien öfters seiner bedient habe, um durch Ballontamponade der Scheide eine Hebung des Beckenbodens (nach Neugebauer) zu erzielen.

---

1) **O. v. Boltenstern.** Die neuere Geschichte der Medicin.

Medicinische Bibliothek für praktische Ärzte. Leipzig, **Naumann,** 1899.

Heute, wo einsichtige medicinische Fakultäten beginnen, auch die Geschichte der Medicin als solche im Zusammenhang zum Gegenstand planmäßigen Unterrichtes zu machen und so auch an diesem Punkte der unglücklichen Auflösung ihrer Lehren in engere und engste Specialwissenschaften entgegen zu wirken, darf ein Buch wie das vorliegende wohl auf einen größeren Leserkreis rechnen. Es kann dies um so mehr, je mehr es dem Bedürfnis des praktischen Arztes bezw. Studirenden entgegenkommt, nicht nur einen klaren

[1] Derselbe ist durch Herrn Alexander Schaedel in Leipzig, Reichsstraße, zum Preise von ℳ 7.50 zu beziehen.

allgemeinen Überblick über die allmähliche Entwicklung unserer Wissenschaft und unseres Standes bis zum Aufbau unserer heutigen kunstvollen Lehrgebäude zu gewinnen, sondern auch die Entstehung und historische Würdigung der mit der Schulmedicin zum Theil heute noch wetteifernden Heilverfahren von der Homöopathie bis zu Rademacher übersichtlich dargestellt zu finden. Diesen Anforderungen entspricht das Werkchen, so weit Ref. sich überzeugen konnte, durchaus, und zwar macht es die »Trockenheit« alles Zahlenmaterials durch die lebendige Anschaulichkeit der gut deutschen Schreibweise vergessen. Die Aufzählungen von minder namhaften Ärzten und deren Werken sind durch kleineren Druck als gegebenenfalls überschlagbar und kenntlich gemacht. Die Anordnung nach Einzelfächern innerhalb jeden Jahrhunderts — das Buch beginnt nach einleitendem Überblicke über Alterthum und Mittelalter mit dem 16. Jahrhundert — ermöglicht es, diese auch für sich zu betrachten; doch wird auf dieselben durchweg nur so weit eingegangen, als eben der Zusammenhang mit der Gesammtentwicklung es bedingt. Die Inhaltsübersicht und das Namenverzeichnis lassen das Buch zugleich als bequemes Nachschlagewerk empfehlenswerth erscheinen. Sein Studium wird den Leser nicht nur unterhalten, sondern auch anregen und fördern.

Buecheler (Frankfurt a/M.).

2) **Brunner** (Münsterlingen). Erfahrungen und Studien über Wundinfektion und Wundbehandlung. II. Theil. Über den Keimgehalt und Heilverlauf accidenteller Wunden. Aseptik oder Antiseptik?

Frauenfeld, **Huber** 1898.

In dem vorliegenden II. Theile seiner umfassenden Arbeit weist B. an der Hand zahlreicher und sehr exakter Beobachtungen nach, dass frische accidentelle Wunden schon nach wenigen Minuten stark keimhaltig sind, ganz besonders Kopfwunden. Mit der Zeit nach der Verwundung wächst der Keimgehalt; am häufigsten wird Staphylococcus albus gefunden. Der Virulenzgrad der gefundenen Keimarten ist ein wechselnder, gewöhnlich aber kein großer, besonders bei Staphylococcus albus; als Ansiedlungsort dienen gewöhnlich die Blutcoagula in der Wunde; durch Irrigation werden dieselben mitsammt einer großen Anzahl von Keimen eliminirt; ob die Flüssigkeit dabei aseptisch oder antiseptisch ist, ist nicht von Bedeutung; die mechanische Wirkung ist die Hauptsache. Stets aber bleiben trotz aller Maßnahmen Keime in der Wunde zurück, die meistens innerhalb 24 Stunden eine Zunahme erkennen lassen. Ob das in der Wunde zurückbleibende Sublimat auf diese Keime entwicklungshemmend wirkt, konnte nicht festgestellt werden. Dieselben stören die Wundheilung jedenfalls sehr oft nicht im geringsten. Wunden, die von Laien oder Ärzten einen zweckmäßigen provisorischen Verband erhalten haben, sind ebenfalls stets keimhaltig, aber nicht mehr als unbehandelte; auch hier kommt es auf die inzwischen verstrichene

Zeit an. Der provisorische Verband ist zweckmäßig, weil er vor sekundärer Infektion schützt. Asepsis genügt bei frischen, leichteren Verletzungen mit nicht zu starker Keimentwicklung. Starke Gewebsschädigung erfordert unbedingt Antisepsis (Jodoform, Airol). Der Praktiker soll jedenfalls da, wo er tamponirt, antiseptisch vorgehen. In der weiteren Besprechung werden diesen nicht sichtbar inficirten Wunden diejenigen angeschlossen, die mit Zeichen deutlicher Infektion zur Behandlung kommen und Monoinfektionen (besonders Staphylomykosen) und Polyinfektionen (besonders Staphylokokken und Streptokokken) sein können. Die Antisepsis leistet hier bei flächenhaften Wunden (Kopfschwarte) viel, sie ist ohnmächtig bei hochgradiger Gewebsnekrose und wo es auf Tiefenwirkung ankommt. Auch im ersteren Falle reichen Irrigationen nicht aus, vielmehr ist ein dauernder Kontakt der Antiseptica nothwendig (Jodoform, Airol, Silberverbindungen). Bei Phlegmonen ist freier Abfluss absolut nöthig, die feuchte Antisepsis daher besser als die trockene. Die Angst vor der gewebsschädigenden Wirkung der Antiseptica ist unbegründet. Ein Aufgeben der Antisepsis zu Gunsten der Asepsis bedeutet einen Rückschritt; eine weitere Verbesserung jener muss erstrebt werden. Zum Schlusse wird das Fieber bei accidentellen Wunden behandelt. Von den aseptisch heilenden Verwundungen sind die meisten von einer verschieden lange anhaltenden Temperaturerhöhung begleitet, die aber 39° nie erreicht. Beim infektiösen Wundfieber wird besonders auf den oft momentan an der Temperaturkurve zum Ausdruck kommenden Effekt einer rationellen Therapie hingewiesen. Zahlreiche und ausführliche Tabellen, die die gewissenhafte Arbeit B.'s beweisen und seinen Deduktionen eine wohl unanfechtbare Grundlage geben, sind der interessanten Abhandlung beigegeben.

Stoeckel (Bonn).

---

3) **O. Schäffer** (Heidelberg). Neueste Methoden zur Bekämpfung akuter so wie häufig auftretender Metrorrhagien.

(Sonderabdruck aus »Deutsche Praxis« 1899. No. 11—14.)

In dem kritisch gehaltenen, ausführlichen Aufsatze kommt S. zu dem Ergebnisse, dass bei post partum-Blutungen ex atonia uteri zunächst bimanuelle Massage, in 2. Linie starkes Herabziehen der Portio mittels zweier Muzeux bis vor die Vulva, falls Retention von Eitheilen besteht, intra-uterine Tamponade mit nicht drainirender imprägnirter Gaze (S. verwendet dazu Kautschuk) anzuwenden sind. Bei hämostatischer Diathese post partum: Uterustamponade mit Ferripyrin- oder Gelatinegaze; bei Aborten bis zum 5. Monate: große Kolpeurynter mit Gelatine bestrichen, intra-uterin eingeführt.

Blutungen in Folge von Endometritis hyperplastica, Schleimpolypen oder Abortreste verlangen Curettement mit nachfolgender Atmokausis. Letztere ist auch bei kleinem, subserös breitbasigem oder intramuralem Myom zulässig, dagegen nicht bei submukös-polypösen wegen Gefahr der Gangrän. Im Übrigen kommen hier

die bekannten und bewährten chirurgischen Maßnahmen in Betracht, wozu S. auch die Unterbindung der beiden Uterinae rechnet. Palliativ ist bei Myomblutungen Gaze mit 5—10%iger Gelatine, 1%igem Formalin oder Ferripyrin einzuführen. Entzündliche Adnexaffektionen verbieten jede vaginale oder intra-uterine Behandlung. Ist bei bestehender Blutung eine Radikaloperation nicht angänglich, so ist Hydrastis oder Stypticin innerlich zu geben. Bei geplatzter Tubengravidität Operation oder Beckenhochlagerung mit Kompression des Leibes und vorsichtiger Kochsalztransfusion. Bei inoperablem Uteruscarcinom werden die Blutungen am besten durch Atmokausis oder Ätztampons mit Terpentin, Formalin oder Chlorzink oder mit Kohlepulver, Itrol, Nosophen und Ferripyrin gestillt; Spülungen sind hier stets eiskalt zu machen. Bez. der reichhaltigen Therapie, wie sie bei Metrorrhagien in Frage kommt, deren primäre Ursachen in Genitalerschlaffungen, Innervationsstörungen, Erkrankungen anderer Organe oder in Allgemeinerkrankungen zu suchen sind, sei auf das Original verwiesen und nur noch hervorgehoben, dass die hypodermatische Anwendung hämostatischer Mittel eine besonders ausführliche Erläuterung und Besprechung erfährt. **Stoeckel** (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

4) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 12. Januar 1897[1].

Vorsitzender: Herr Lomer; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Späth demonstrirt eine Pyosalpinx, welche, akut entstanden, große Verwachsungen mit den Därmen eingegangen war.

Vor 2 Jahren Abort, Tumor, schnell wachsend, lässt keim Betasten gurrende und quatschende Geräusche wahrnehmen. Bei der Operation erweist sich der Tumor als aus einem Konglomerat von Därmen und Eiterherden bestehend, schließlich zeigte sich, dass der Tumor von den Adnexen des Uterus ausging. Wurmfortsatz gesund. Entfernung der Pyosalpinx mit dem Darmkonglomerat. Murphy's Knopf ging 8 Tage später ab. Glatte Heilung.

Herr Lomer fragt, wie die Nachbehandlung gewesen sei und ob Opium verabfolgt worden ist.

Herr Späth: 2 Tage lang Opium, dann vom 4.—5. Tage an leichte Suppendiät.

Herr Lomer glaubt, dass die Chirurgen längere Zeit, bis zum 10. Tage, Opium geben. L. hat einen Fall von Darmresektion und zwar des Colons, gehabt. Darmnaht. Am 10. Tage Peritonitis und Exitus.

Herr Seeligmann hält seinen Vortrag: Über Enteroptose in ihrem Zusammenhange mit gynäkologischen Erkrankungen.

Im Jahre 1885 hat der Lyoner Arzt Glénard ein Krankheitsbild beschrieben, dessen Bedeutung zuerst weder von seinen Landsleuten noch außerhalb Frankreichs in dem von ihm gedeuteten Sinne anerkannt wurde, das aber in den letzten Jahren von vielen Klinikern die gebührende Würdigung fand. 5 Jahre später erschien in Deutschland eine Arbeit von Ewald über Enteroptose, welcher dann rasch Abhandlungen von Pick, Boas, Kämpf, Hufschmidt, Schwerdt, Kelling und Meinert folgten. Auch L. Landau's Monographien über »Wanderniere« und »Wanderleber« wären hier zu erwähnen, welche allerdings vor der Veröffentlichung Glénard's erschienen sind. Auf den Zusammenhang der

[1] Das Manuskript ging der Redaktion erst im Februar 1900 zu.

Enteroptose mit gynäkologischen Erkrankungen ist bislang, wenigstens von gynäkologischer Seite, recht wenig hingewiesen worden, und es scheint fast, als ob man bei Feststellung des Befundes an den Genitalorganen zu wenig Rücksicht nehme auf das Verhalten der übrigen Abdominalorgane. — Vortr. hat sich seit einer Reihe von Jahren bemüht, bei der Beobachtung bestimmter Fälle, speciell von Descensus und Prolapsus uteri auf eine gleichzeitig bestehende allgemeine oder partielle Enteroptose zu fahnden, und die häufigen positiven Befunde in diesem Sinne sind sicherlich ein Beweis dafür, dass man auf diesen Zusammenhang namentlich in Rücksicht auf die Therapie besonderen Werth legen müsste, wenn man einen dauernden Erfolg und eine vollständige Herstellung seiner Pat. erreichen will.

In Bezug auf die Ätiologie der Enteroptose im Zusammenhange mit gynäkologischen Affektionen kommen folgende wichtige Momente speciell in Betracht:

1) die Gravidität mit ihren Folgezuständen,

2) allgemeine Erschlaffung des Körpers durch Blutungen, chronische Krankheiten etc.,

3) Entfernung größerer Tumoren aus dem Abdomen,

4) irrationelle Bekleidung (Korsette) und irrationelles Verhalten (Tanzen während der Menstruation etc.),

5) Trauma.

Durch diese Ursachen ist in vielen Fällen eine partielle Gastroptose, Nephroptose etc. oder totale Enteroptose bedingt, zu der sich die Ptosis der Genitalorgane hinzugesellt. Es kommt dann zum Descensus oder Prolapsus uteri, der gewöhnlich mit einer Cystocele oder Rectocele verbunden ist, die Ovarien werden häufig descendirt, tief im Douglas liegend angetroffen, und es besteht nicht selten Hängebauch, der übrigens auch fehlen kann, wenn gleich eine totale Enteroptose deutlich nachweisbar ist (innerer Hängebauch).

Bei der Therapie dieser Zustände, namentlich nach operativer Beseitigung des Prolapsus uteri, ist auf den Zusammenhang mit der möglicherweise bestehenden Enteroptose besonderes Augenmerk zu richten, und zwar aus 2 Gründen: 1) wegen Beseitigung aller Beschwerden der Pat., die häufig eben so sehr von der bestehenden partiellen oder totalen Enteroptose bedingt sind, als von dem Prolaps, und 2) wegen Verhütung eines Recidives durch Entlastung der Genitalorgane von dem Drucke der descendirten Abdominalorgane durch geeignete Vorschriften und Hilfsmittel (Bekleidung des Körpers, Gang und Haltung, orthopädische Hilfsmittel, Bandagen).

Vortr. berichtet über eine Anzahl von Fällen aus seiner Praxis zur Illustrirung des Gesagten und demonstrirt eine Bauchbinde, die nach seinen Angaben angefertigt wird, und die von vielen Pat. seit längerer Zeit mit Erfolg getragen wird.

Sitzung vom 9. Februar 1897.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Schrader demonstrirt ein citronengroßes, subseröses, langgestieltes Fibrom der vorderen Uteruswand, welches durch das sog. »Küster'sche Zeichen« zur Fehldiagnose »Dermoid« verleitet hatte. Das atrophische linke Ovarium lag, von entzündlichen Falten des Peritoneums eingeschlossen, an der Beckenwand und war der Untersuchung entgangen.

Diskussion über den Vortrag des Herrn L. Seeligmann: Über Enteroptose etc.

Herr Lomer: Es giebt hyperästhetische Zonen der Haut in der Gegend der Niere, von den Interkostalnerven ausgehend, die bei Berührung schmerzhaft sind, besonders bei hysterischen Personen, wo die Wanderniere Nebenbefund ist. Wenn man diese Neurose behandelt, schwinden die Symptome, während die Wanderniere bestehen bleibt.

Herr Seeligmann will trotz der Fälle des Herrn Lomer auch die gesenkte Niere noch behandelt wissen.

Herr Lindemann weist auf die Stiller'sche Arbeit hin, insbesondere auf dessen »Zeichen der Enteroptose«, die bewegliche 10. Rippe, welche nur ligamentös mit dem Sternum verbunden ist. L. hat in einem Falle eine bewegliche 10. Rippe vorgefunden, enthält sich aber noch eines weiteren Urtheiles über dieses Zeichen.

Herr Staude stimmt Herrn Lomer darin bei, dass die Beschwerden oft nicht durch die Wanderniere bedingt sind.

Herr A. Saenger ist ebenfalls der Ansicht, dass diese Hauthyperästhesien bezw. hysterischen Stigmata häufig nicht erkannt werden. Mit der Diagnose »Wanderniere« geschehe überhaupt viel Unfug. Man solle solche Fälle auch neurologisch untersuchen, es würden alsdann oft eingreifende Kurverfahren erspart werden. Als Beleg hierfür berichtet S. über einen Fall, wo ein 13jähriges Mädchen lange Zeit vergeblich orthopädisch mit Streckbett etc. behandelt worden war. Eine neurologische Untersuchung ergab die hysterischen Stigmata. Die dem entsprechend geänderte Behandlung führte in kurzer Zeit zur Heilung.

Herr Schrader: Es sind 2 Arten von dislocirter Niere zu unterscheiden, die exquisite Wanderniere und die nur um wenige Centimeter gesenkte Niere, und ist es meist die letztere, welche die größeren Beschwerden macht durch Knickung des Ureters und venöse Stauung. Das Schnüren trage bis auf seltene Fälle von angeborener Wanderniere die Hauptschuld an diesem Leiden. Die engen Mieder mancher Nationaltrachten seien eben so schädlich wie das eigentliche Korsett. Die Symptome der dislocirten Niere sind so charakteristisch, dass man eine solche annehmen muss, selbst wenn der Nachweis nicht gleich gelingt. Wenn mit gewissen Diagnosen ein Unfug getrieben werde, so wisse er (Redner) keine zu nennen, bei der dies mehr zutreffe, als bei der Diagnose »Hysterie«. Diese werde oft nur desshalb gestellt, weil es nicht gelungen, den Sitz des Leidens zu finden. Die Senk- und Wanderniere sei aber ein effektives Leiden und werde die Diagnose viel seltener gestellt als nothwendig. Die Behandlung nach Thure Brandt z. B. gebe oft sehr zufriedenstellende Resultate und sei kein »eingreifendes« Kurverfahren.

Herr Seeligmann hält die Binde ebenfalls nicht für ein eingreifendes Verfahren.

Herr Lomer: Die beiden Zustände, Hysterie und Wanderniere, schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich. Im Übrigen spricht sich L. dagegen aus, vor den Kranken den Ausdruck »Wanderniere« zu gebrauchen, dieselben verbinden damit beunruhigende Vorstellungen.

Herr Staude: Die rechte Niere ist bei vielen Frauen mit schlaffen Bauchdecken zum großen Theile physiologisch palpabel; es ist aber pathologisch, wenn die linke palpabel ist. S. sah viele Fälle der ersteren Kategorie, die sich später mit Bandagen etc. vorstellten. — Die Erfolge nach Nephropexie seien oft sehr mangelhaft.

Herr Reunert sah eine Autopsie 2 Jahre nach der Nephropexie, die Niere saß vollständig fest.

Herr Rose beobachtete bei Mackenrodt Fälle mit gutem Erfolge nach Nephropexie. Bei beginnender Hydronephrose rathe er zur Annähung.

Herr Alfred Saenger (als Gast): Über Nervenerkrankungen in und nach dem Puerperium.

S. theilt zuerst 6 Fälle, die er selbst beobachtet hatte, mit.

1) Eine 36jährige, früher stets gesunde Frau kam am 12. Februar 1896 normal nieder. Schon vor der Geburt Schwäche und Kriebeln im linken Arme. Hier und da auch Schmerzen. Kurz nach der Geburt taubes Gefühl, Schwäche und Schmerzen auch im rechten Arme. Nach einigen Tagen schon völlige Lähmung beider Arme und Beine. Die Nervenstämme druckempfindlich; die Sehnenreflexe fehlten. Die Hirnnerven frei. Nach einigen Tagen Schwäche des Zwerchfelles,

der Rückenmuskeln; vorübergehend Schlingbeschwerden und Mastdarmlähmung. Blase frei. Im Tibialis ant. und in den Peronealmuskeln partielle Entartungsreaktion.

Diagnose: Akute generalisirte Polyneuritis.

Eine nach der Geburt auftretende Mastitis hat nichts mit der schon früher vorhandenen Nervenaffektion zu thun. Andere Infektionen, Intoxikationen etc. sind auszuschließen. Der Verlauf war ein günstiger und relativ rascher. Am 24. März konnte Pat. die Extremitäten wieder etwas bewegen. Gegen Weihnachten war sie ganz hergestellt.

2) 30jährige Frau, etliche Wochen nach einer normalen Entbindung und normalem Wochenbett akute generalisirte Polyneuritis mit dem Charakter der Landry-schen Paralyse. Vorübergehend Mastdarmlähmung. Plötzlicher Tod. Die mikroskopische Untersuchung ergab intaktes Gehirn und Rückenmark. Ausgedehnte neuritische Veränderungen in den peripheren Nerven, auch im Vagus. Die bakteriologische Untersuchung negativ.

3) 34jährige Frau. Normale Geburt. Fieberloses Wochenbett. Während desselben taubes Gefühl in den Fingern; dann Schwäche in beiden Beinen. Hierauf Schmerzen in denselben und Blasentenesmus.

Bald völlige Lähmung der oberen und unteren Extremitäten. Die Sehnen- und Hautreflexe erloschen. Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Leichte Sensibilitätsstörungen. Entartungsreaktion in den kleinen Hand- und in den Wadenmuskeln. Nach 4 Monaten völlige Heilung.

4) 32jährige, schwächliche Frau. Ipara. Zangengeburt in Narkose. Am 5. Tage des fieberlosen Wochenbettes Schmerzen in der linken Hand und im linken Unterarme. Parese, Neuritis n. mediani et ulnaris sin.

Nach wenigen Wochen Heilung.

5) 28jährige, früher stets gesunde Frau. 4. Entbindung normal. Puerperium regelrecht. Am 10. Tage post partum Schmerzen in den Beinen; dann im rechten und später im linken Arme. Nach einigen Tagen deutliche Neuromyositis des rechten N. radialis und Neuritis n. mediani.

Nach 9 Tagen leichte Besserung der oft sehr heftigen Schmerzen und der Motilität.

Dann dieselbe Affektion links in schwächerem Grade.

Nach einer Reihe von Wochen Heilung.

6) 37jährige Frau erblindete innerhalb 3 Tagen auf dem rechten und 1 Tag später auf dem linken Auge. Doppelseitige retrobulbäre Neuritis einige Wochen nach einer Geburt, über deren Verlauf nichts Sicheres zu eruiren war.

Nach einigen Wochen auf dem linken Auge $^{1}/_{5}$ Sehschärfe; auf dem rechten Auge Handbewegungen in $^{1}/_{2}$ Fuße.

Vortr. betont, dass in keinem dieser Fälle, außer vielleicht im letzten, fieberhafte Processe im Puerperium oder puerperale Eiterungen aufgetreten seien. Es war weder eine Infektionskrankheit, wie Diphtheritis, Lues, Tuberkulose, noch Diabetes und Alkohol- oder Metallvergiftung, noch schwere Anämie, Kachexie noch endlich Erkältung im Spiele.

Man muss daher in eigentlich normalen physiologischen Vorgängen die Krankheitsursache suchen.

Vortr. referirt die diesbezüglichen Ansichten von Möbius, Eulenburg, Mader, Köster und bekennt sich zu der Ansicht, dass die Ursache der Neuritis puerperalis oft schon in der Schwangerschaft liege, wofür die häufigen Neuralgien und Parästhesien in der Gravidität sprächen, die meist wegen ihres überwiegend harmlosen Charakters nicht besonders beachtet würden. Im Falle I begann die Affektion schon vor der Geburt.

Die Ursache der Neuritis puerperalis liege in Autointoxikationen durch Stoffwechselprodukte in der Gravidität und im Wochenbette. Die Affektion habe einen polyneuritischen Charakter. Den Möbius'schen Vorderarm- und den Tuillant-schen Beintypus (einerseits Befallensein des Medianus und Ulnaris; anderseits des Peroneus, Tibialis und Cruralis) erklärt Vortr. nicht durch Wahlverwandtschaft

des Giftes, sondern durch Überanstrengung der zugehörigen Muskeln im Geburtsakte.

Zum Schlusse berichtet Vortr. über 2 Fälle von multipler Sklerose, die nach einer normalen Geburt sich entwickelt hatte.

(Die ausführliche Publikation erfolgte in den diesjährigen Jahrbüchern der Hamburgischen Staatskrankenanstalten.)

Sitzung vom 23. Februar 1897.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Diskussion über den Vortrag des Herrn A. Saenger: Über Nervenerkrankungen in und nach dem Puerperium.

Herr Schrader fragt, ob die Polyneuritiden in puerperio nicht auf gewisse moderne Antiseptica zurückzuführen seien, denn es sei unwahrscheinlich, dass so schwere Erkrankungen den früheren Geburtshelfern entgangen wären. Das Sublimat dürfte jedenfalls nicht beschuldigt werden.

Herr Saenger: Allerdings ist zuzugeben, dass sich die Fälle der puerperalen Neuritis in neuester Zeit ganz auffallend häufen. So haben seit 1893 Soltas, Eulenburg, Mader, Lunz, Bernhardt, Köster u. A. diesbezügliche Mittheilungen gemacht. Wahrscheinlich wurden in früheren Zeiten dieselben Erkrankungen beobachtet, so z. B. von Renz; jedoch wurden dieselben damals anders gedeutet, da die Neuritis in ihrem Wesen zu jenen Zeiten noch nicht bekannt war.

Der von Herrn Schrader ausgesprochene Gedanke der Einwirkung der gebrauchten Desinficientien aufs Nervensystem ist sehr berechtigt, und es ist zuzugestehen, dass auf diesen Faktor bisher bei dem Zustandekommen der Neuritis puerperalis zu wenig geachtet worden ist. In den mitgetheilten Fällen hat dieses Moment jedoch keine Rolle gespielt. Die mechanische Ursache (Handhabe zum Pressen) lässt es erklärlich erscheinen, dass in Folge der Überanstrengung der N. ulnaris und medianus mit Vorliebe befallen wird. Man braucht nicht, wie Möbius, eine besondere Wahlverwandtschaft des hypothetischen Giftes zu jenen beiden Nerven anzunehmen.

Herr Lomer fragt, ob diese Polyneuritiden nicht vielleicht nur zufällige Komplikationen sind, und ob dieselben nicht auch anderweitig vorkommen.

Herr Saenger: Sie kommen auch anderweitig vor, doch dann sind meist bestimmte Ursachen, wie fieberhafte Processe, Eiterungen, Infektionen oder Intoxikationen nachweisbar. Die Neuritis puerperalis zeichnet sich gerade dadurch aus, dass sie sehr oft bei ganz gesunden Frauen im nicht fieberhaften, normalen Wochenbette auftritt. Auch Möbius ist jetzt dieser Ansicht. Dass jetzt mehr Fälle mitgetheilt werden, mag auch daran liegen, dass seit Möbius' erster Publikation 1887 die Aufmerksamkeit der Ärzte darauf gelenkt worden ist. Schon in der Gravidität kommen leichtere Neuritiden vor, die sich in Parästhesien und Schmerzen äußern. Jedoch wird denselben wegen des meist harmlosen Charakters wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Da nach unstillbarem Erbrechen in der Schwangerschaft öfters puerperale Neuritis oder Polyneuritis beobachtet worden ist, so liegt es nahe, die Ursache derselben in Autointoxikationen durch Stoffwechselprodukte zu suchen.

Es würde sich lohnen, einmal methodisch dynamometrisch zu bestimmen, welchen Druck die Kreißenden beim Mitpressen mit den Händen ausüben.

Herr Lomer glaubt, dass diese Druckmessüngen zu Fehlschlüssen führen könnten.

Herr Schrader: Es waren unter den vom Herrn Vortr. berichteten Fällen auch Mehrgebärende, diese aber haben bei den hiesigen guten Beckenverhältnissen meist nicht nöthig, so sehr zu pressen.

Herr Lomer: Wie erklärt Herr Saenger die Fälle von sehr hartnäckigen Neuralgien der Zahnnerven, die jeder Behandlung trotzen und erst schwinden bei Eintritt der Geburt.

Herr Saenger: Die Ursache dieser Neuralgien ist dunkel, jedoch ist es möglich, dass auch hierbei gewisse Autointoxikationen in der Gravidität eine Rolle spielen, worauf die Albuminurie und Acetonurie der Schwangeren hinweisen. Beobachten wir doch bei Intoxikationen, z. B. durch Alkohol, Blei und bei Stoffwechselerkrankungen (Diabetes) oft sehr hartnäckige und heftige Neuralgien.

Herr Späth: Über Ovariotomie von der Scheide aus.

Nachdem einleitend die Geschichte dieser Operation gestreift und hervorgehoben worden, dass der Zugang zu den Adnexa uteri vom hinteren Scheidengewölbe aus, die Kolpokoeliotomia post., schon seit einigen Decennien ein bescheidenes Dasein fristete, indess die Kolpokoeliotomia ant. ein Kind der neuesten Zeit sei, entstanden im Anschlusse an die Mackenrodt-Dührssensche Vaginifixur, berichtet Vortr. über 9 bezügliche Fälle, von denen 6 der Prochownick'schen, 3 seiner eigenen Praxis entstammen.

4mal und zwar stets bei nicht über apfelsinengroßen, sehr beweglichen Ovarialtumoren wurde Kolpokoeliototomia post. ausgeführt, stets mit gutem Erfolge, obwohl 2mal Hämatombildung im Lig. lat. eintrat.

Bei den übrigen 5 Fällen wurde die Kolpokoeliotomia ant. vorgenommen: Ein Dermoid und eine kleine Parovarialcyste wurden leicht entfernt (1mal auch ein Hämatom). Bei den 3 übrigen Fällen musste jedoch die nicht beabsichtigte vaginale Radikaloperation angeschlossen werden, und zwar 1mal (doppelseitige Tubo-ovarialtumoren) im Interesse gründlicher Blutstillung, dann (nicht erwartete frische eitrige Salpingitis) zum Zwecke der Drainage, da viel Eiter in das Peritoneum gekommen war, und endlich (über mannsfaustgroße Parovarialcyste), weil es nicht gelang, den Tumor anders zu erreichen (senile Involution der Genitalien).

S. berichtet über ähnliche Missgeschicke, die anderen Autoren, wie Fehling, Bumm, Steinthal etc. passirt sind, und kommt zu der Schlussfolgerung, dass die Indikationen zur Wegnahme der Adnextumoren auf vaginalem Wege noch mehr einzuschränken seien, als dies bisher geschah. Ausschließlich sehr bewegliche (Küster'sches Zeichen!), nicht über Faustgröße hinausreichende Geschwülste der Ovarien seien der vaginalen Köliotomie zu reserviren, indess bei auf entzündlicher Basis entstandenen Neubildungen, insbesondere den Tuboovarialtumoren, bei denen die Diagnose hinsichtlich der Ausdehnung des Processes nicht stets mit der gewünschten Sicherheit zu stellen ist, die ventrale Köliotomie den Vorzug verdiene.

Sitzung vom 9. März 1897.

Vorsitzender: Herr Schrader; Schriftführer: Herr Seeligmann.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Späth: Über Ovariotomie von der Scheide aus.

Herr Matthaei stimmt Herrn Späth zu, dass die Entfernung erkrankter Adnexa durch die Kolpotomie oft ungeahnten Schwierigkeiten begegnet. Bei difficilen Verhältnissen solle man lieber den Bauchschnitt machen, bei dem man den Abschluss des kleinen Beckens vom großen nach der Methode von Bardenheuer manchmal mit Erfolg anwenden könne.

Herr Rösing weist darauf hin, dass schon vor vielen Jahren die Eröffnung der Peritonealhöhle Behufs operativer Eingriffe von der Scheide aus empfohlen worden sei. Die Darmverletzungen und Nachblutungen seien bei diesen Eingriffen immer zu fürchten. Er erwähnt den neuerdings empfohlenen suprasymphysären Querschnitt zur Vermeidung von Bauchbrüchen bei ventralen Köliotomien.

Herr Späth bemerkt, dass die Eröffnung der Peritonealhöhle vom Douglas aus wohl schon früher geübt wurde, dass aber das Eingehen vom vorderen Scheidengewölbe aus einen neuen Weg darstelle.

Herr Rösing: Über neuere Wundbehandlung in ihrer Beziehung zur Gynäkologie.

Die neuere Wundbehandlung geht von der Grundanschauung aus, dass der Arzt einmal eingedrungene septische Keime weder chemisch noch mechanisch sofort und gründlich beseitigen kann. Die Heilfaktoren des Körpers zu stärken und zu unterstützen so wie den Zutritt von Keimen zu hindern, ist die Hauptaufgabe. Asepsis statt Antisepsis. Hinweis auf die Arbeiten von Schimmelbusch über Wunddesinfektion, von Bumm über den Granulationswall, von Buchner über die Alexine, von Flach und Lanz über das Verhalten der Bakterien bei der Wundheilung, die Vortr. durch seine Erfahrungen in der Madelung'schen Klinik — Krankheitsbericht — bestätigen konnte.

Für die Praxis folgt daraus subjektive Antisepsis, objektive Asepsis und Schonung der Granulationen. Dabei ist klinisch ein Rückfall in die Antisepsis durch Anwendung von Jodoform-, Airol- etc. -Gaze vortheilhaft befunden.

Für die Gynäkologie gelten diese Principien für Prophylaxe und Therapie in Geburtshilfe, Kindespflege und Behandlung der genitalkranken Frau. Occlusivverband des Nabels (Doctor). Ersatz des Credé'schen Verfahrens bei unverdächtigen Fällen durch die Waschungen des eben geborenen Gesichtes nach Kaltenbach. Der kindliche Mund wird nach dem Anlegen nicht ausgewischt, eingetretene Soorbildung nur durch Boraxsirup bekämpft.

Die einmalige Scheidenausspülung vor normaler Geburt unterbleibt, da die supponirte baktericide Wirkung sich nicht bewahrheitet hat. Innere Untersuchung wird eingeschränkt und thunlichst durch äußere ersetzt. Die Exstirpation des puerperal inficirten Uterus ist nur unter einer bestimmten Indikation zulässig. Aborte werden thunlichst digital ausgeräumt unter Schutz des Granulationswalles. Intra-uterine Spülung im Wochenbette wird nur 1- bis 2mal angewandt, dann exspektativ behandelt (Sekale, Kognak etc.). Schrunden werden trocken behandelt. Abscedirende Metritis und Parametritis erst bei eingetretener eitriger Einschmelzung eröffnet. Puerperalgeschwüre aber erfordern Ätzung, weil das Fieber schlechte Granulationsbildung anzeigt.

In der kleinen Gynäkologie wird das Curettement eingeschränkt, Gazedrainage tritt an Stelle der häufigen Spülung. Während die Laparotomiepraxis die Asepsis geradezu einbürgerte, ist dieselbe bei den vaginalen Methoden weit langsamer eingeführt. Ihre weitere Ausbildung ist auch ein Fortschritt im Sinne obiger Principien wegen der Schonung des Peritoneums. Castratio uterina. Die jetzige Klammerbehandlung bedeutet aber einen Rückschritt und ist dahin auszubilden, dass die Klemmen nur provisorisch gelegt und dann durch Ligaturen ersetzt werden.

Diskussion: Herr Mathaei weist auf seinen kürzlich gehaltenen Vortrag über Leitung der Geburt durch äußere Handgriffe hin und empfiehlt in Übereinstimmung mit dem Vortr. nochmals diese Methode.

An der weiteren Diskussion betheiligen sich noch die Herren Schrader, Hönck, Seifert und Rüder.

Sitzung vom 4. Mai 1897.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Staude: Über Schuchardt-Operationen.

Nach einem kurzen Überblicke über die bisherigen Bestrebungen, den carcinomatösen Uterus möglichst unter Mitnahme der umgebenden Gewebe und der Lymphdrüsen zu entfernen, wobei die Methoden von Mackenrodt, Rumpf und Ries Erwähnung finden, bespricht Vortr. seine Erfahrungen über die Totalexstirpation mit Hilfe der Schuchardt'schen Schnitte, die darauf ausgehen, durch Freilegung der Parametrien dieselben ausgiebig excidiren zu können. S. hat bis zum Tage des Vortrages nach Schuchardt'scher Methode 14 Fälle operirt, von denen 12 genasen, 2 starben, der eine 3 Tage post operat. an Degeneration des Herzens. Die Sektion ergab tadelloses Peritoneum und tadelloses Aussehen der

Wunde.' Der 2. endete 8 Tage post operat. nach Anfangs leidlichem Verlaufe unter bis auf 35,8 sinkender Temperatur tödlich. Sektion nicht möglich.

Ein einseitiger Schnitt wurde 3mal, ein doppelter 11mal gemacht. S. ist jetzt konsequent zum doppelten Schnitte übergegangen, da ihm die vollständige Halbirung des Scheidenrohres in einen oberen und unteren Theil wichtig erscheint. Der Schnitt wird bis zur Höhe des Anus geführt; über denselben hinüberzugehen, wie Schuchardt es thut, fand S. nicht für nöthig; dann wird die Scheide bis hinter die Portio, die dabei angezogen wird, unterminirt und durchtrennt. Die Schnitte, die die Portio umkreisen, fallen dann in die Scheidenschnitte und nun klafft das Vaginalrohr weit aus einander und liegt die Basis der Parametrien für die Unterbindung frei vor, nachdem vorn die Blase zurückgeschoben und das vordere Peritoneum eröffnet ist, und mit dem hinteren Schnitte das hintere Peritoneum eröffnet wurde. Kommt der Ureter zu Gesicht, so lässt er sich gut überblicken und bei Seite schieben. Der Uterus wird, wo möglich, in situ entfernt, die Ligamente werden mit Seidenligaturen abgebunden. Das Peritoneum wird vernäht, den Schluss bildet die Naht der Scheidenschnitte.

Alle S.'schen Fälle waren ziemlich weit vorgeschrittene Carcinomfälle mit wenig oder fast nicht beweglichem Uterus, Fälle, die nach der gewöhnlichen vaginalen Methode überhaupt nicht operirbar gewesen wären. 4 besonders schwere Fälle theilt Vortr. in extenso mit. Die Unbeweglichkeit des Uterus war in 3 Fällen hauptsächlich durch alte entzündliche Verwachsungen bedingt, die in 2 Fällen die Eröffnung des Douglas unmöglich machten. In einem Falle musste zur Sicherung der Uterina an die Basis des einen Parametriums, weil die Ligatur an dem sehr verkürzten Ligament nicht ganz sicher hielt, eine Klammer angelegt werden, die aber die Peritonealnaht nicht hinderte. Verlauf dieser 4 Fälle gut.

Bezüglich der Frage der Recidive standen von den 14 Fällen zur Beurtheilung 8 zur Verfügung aus der Zeit vom November 1894 bis November 1896. Von diesen hatten 4 ein Recidiv, einige sehr rasch, frei waren noch im Jahre 1897 ein am 15. April 1895, ein am 1. Mai 1896, ein im November 1896 operirter Fall. Ein im November 1894 operirtes Corpuscarcinom war im März 1895 noch recidivfrei, entschwand aber dann aus den Augen.

Angesichts dieser Recidivstatistik (die übrigens seit dem Tage des Vortrages sich durch die noch hinzugekommenen Operationen eher verschlechtert hat) sieht S. in der Schuchardt-Methode einen wesentlichen technischen Fortschritt, denn die Hauptsache der Operation liegt in der ausgiebigen Entfernung des Gewebes um die Cervix herum, die diese Methode ermöglicht, ein Fortschritt, der aber den leichteren Fällen mehr zu Gute kommen wird, als den schweren. Es plaidirt S. am Ende für die Ausdehnung der Schuchardt-Methode auch auf die leichten Fälle, um durch ausgiebige Entfernung des paracervicalen Gewebes möglichst vor dem Recidive zu sichern, vor dem die schweren zu bewahren selten gelingt.

An der Diskussion betheiligen sich die Herren Rösing und Matthaei.

Sitzung vom 18. Mai 1897.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Seeligmann.

Herr Mittermaier berichtet über einen Fall von Totalexstirpation des septischen puerperalen Uterus mit Carcinom der Cervix.

Der Uterus stammt von einer 47jährigen Frau, die 18 Partus und 4 Frühgeburten überstanden hatte. Jetzt Gravidität seit Anfang December 1896, einige Male unregelmäßige, schwache Blutabgänge. In den letzten Tagen Frösteln; Fruchtwasserabgang nicht bemerkt.

10. Mai Morgens Abgang einer todten Frucht (5.—6. Monat); da Placenta nicht kommt und der zugezogene Kollege Carcinom der Cervix feststellte, Kranke M. zugeschickt. Abends Aufnahme in die Klinik. Schwerkrankes Aussehen; Puls 135. Temperatur 40,1, ohne Schüttelfrost. An der hinteren Lippe ein Cervixcarcinom. Cervicalkanal für 2 Finger durchgängig. Mäßiger Blutabgang. Placenta retinirt. Ausräumung des Uterus und nach Einholung der Erlaubnis Total-

exstirpation des puerperalen, kindskopfgroßen, septischen, carcinomatösen Uterus per vag. An einigen Stellen am Corpus uteri Peritoneum in Blasen abgehoben. Schluss der Vaginalwunde. Katgut. Nach der Operation sofortiger Temperaturabfall auf 37,0. Puls bleibt noch 1 Tag frequent, dann ebenfalls normal. Glatte Heilung bis heute am 9. Tage.

Demonstration des Uterus und der Temperaturkurve.

Zum Schlusse fragt M., ob die am Peritoneum des Fundus uteri gleich nach der Exstirpation festgestellten Blasen nicht ein Zeichen allgemeiner Sepsis gewesen seien.

Herr Roesing: Möglicherweise sind diese Blasen durch den Druck gelegentlich der Entfernung der Placenta entstanden.

Herr Staude glaubt nicht, dass nach der Schilderung des Falles allgemeine Sepsis vorlag, und schließt sich hinsichtlich der beobachteten Blasen der Ansicht des Herrn Roesing an.

Herr Seeligmann spricht sich im gleichen Sinne aus. Die Fälle von allgemeiner puerperaler Sepsis, die durch die Totalexstirpation so prompt koupirt werden, seien sehr kritisch zu betrachten.

Herr Staude berichtet:

1) Über einen Fall von Enukleation eines apfelsinengroßen Myoms der vorderen Uteruswand, das durch die Kolpotomia anterior zugänglich gemacht wurde. Glatte Heilung.

2) Über einen Fall, bei dem auswärts früher die Totalexstirpation des Uterus gemacht worden war. Die Frau hatte aber noch heftige Schmerzen in der rechten Seite, wo auch ein Tumor durch die Palpation festgestellt werden konnte. Die Laparotomie ergab das Beckenbauchfell allseitig glatt und glänzend, keinerlei Adhäsionen; im rechten Lig. latum war ein ungefähr faustgroßer, mit dem Proc. vermif. verwachsener Tumor. Auch waren noch Reste der rechten Tube zu konstatiren, die bei der Totalexstirpation zurückgelassen worden waren. Entfernung des Tumors nach Lösung der Adhäsionen mit dem Proc. vermif. Heilung.

S. meint, dass die seiner Zeit gemachte Totalexstirpation nach dem bei der Laparotomie gemachten Befunde ganz überflüssig gewesen sei.

Sitzung vom 12. Oktober 1897.

Vorsitzender: Herr Staude, dann Herr Lomer; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Staude demonstrirt:

1) Ein kindskopfgroßes und 2 kleinere retroperitoneale Sarkome der Nierengegend, welche das 3. Recidiv an derselben Stelle gebildet hatten. Die Lösung vom Dickdarme war sehr schwer.

2) Einen myomatösen Uterus, Stiel extraperitoneal behandelt. S. will die Frage der Stielbehandlung, ob intra- oder extraperitoneal, von Fall zu Fall behandelt wissen.

3) Ein sehr großes und 2 kleinere verkalkte Myome, welche von der linken Uteruskante ausgegangen, sehr viele ausgedehnte Verwachsungen dargeboten hatten am schwierigsten die Verwachsung mit 1 m Dünndarm; an einer kleinen Stelle riss der Darm ein, sorgfältige Vernähung; im Douglas saß noch ein verkalktes Myom, welches mit dem Netz verwachsen war.

Bei allen Pat. glatter Verlauf.

Herr Seeligmann fragt ad 1), wovon das Sarkom ausgegangen.

Herr Staude: Es bleibt, da die Niere intakt war, nur anzunehmen, dass es von den retroperitonealen Muskeln ausgegangen.

Herr Lomer fragt, wie die Indikationsstellung zur ev. 5. Operation bei der Pat. gestellt wurde, weil die Sarkome doch sehr schnell sich in anderen Regionen finden.

Herr Staude: Die 1. Operation fand vor $2^1/_2$ Jahren statt und hat sich bis jetzt keine allgemeine Sarkomatose gezeigt, falls man nicht die 2 kleinen, isolirt neben dem großen gelegenen Tumoren als deren Beginn betrachtet.

Herr Seeligmann demonstrirt einen per laparotomiam total exstirpirten, kindskopfgroßen, myomatösen Uterus.

Derselbe bespricht einen Fall von Cyste der rechten großen Schamlippe; die Cyste wird als eine genuine, nicht auf entzündlicher Basis entstandene gedeutet. Gonokokken weder bei der Frau noch beim Manne nachweisbar.

Herr Lomer möchte die Cyste als Atherombildung auffassen.

Herr Roesing demonstrirt:

1) Eine langgestielte Parovarialcyste, Operateur Herr Dr. Gustav Meyer.

2) Cystische Adnexe, durch Laparotomie gewonnen. Überdachung des Douglas durch den Uterus, Lig. lata und Appendices epiploicae bewährte sich gut.

Herr Lomer demonstrirt:

1) Frisch rupturirten Tubenabort nebst Hämatom des Lig. latum und Haematocele retrouterina, durch Laparotomie gewonnen. Die Menses waren 1mal ausgeblieben.

2) Ebenfalls Tubenabort, der im Januar d. J. rupturirt und damals auch richtig erkannt worden war. Ein faustgroßer Tumor war davon übrig geblieben und verursachte erhebliche Beschwerden. Neben kleinen Ovarialcysten und altem Blute fand sich im Douglas das wohl erhaltene Skelett eines dem 2. Monate entsprechenden Fötus.

3) Komplicirtes Konglomerat von eitriger Salpingitis, Ovarialabscess einerseits und Ovarialtumor mit Hämatom des Lig. latum andererseits. Letzteres wahrscheinlich auch von einem Tubenabort herrührend. Der ganze ca. kindskopfgroße Tumor war stark mit Netz und Darm verwachsen und zeigte sich übersät von einem Kranze maulbeerartiger Peritonealcysten von Erbsen- bis Hühnereigröße. Diese Cysten waren wohl der Grund gewesen, dass der Tumor ungemein empfindlich bei Betastung gewesen war.

Alle 3 Fälle wurden so behandelt, dass die jetzige Höhle im kleinen Becken nach Durchstoßung des Vaginalgewölbes mit Jodoformgaze tamponirt und mit Peritoneum der Beckenwand resp. mit Uterus und Appendices epiploic. überdacht wurde. Alle 3 Fälle nahmen einen besonders glatten Verlauf. Schmerzen und Erbrechen waren wesentlich geringer als bei versenktem Stiele.

4) Einen Uterus mit Cervixcarcinom, per vag. entfernt: frei in der Cervix flottirende Theile hatten zur Diagnose Corpuscarcinom verleitet. Auskratzung; da noch die Einwilligung zur Totalexstirpation fehlte, Tamponade; 2 Tage später konnte die bewilligte Operation nicht vorgenommen werden, weil ein stinkender Fluor abging, später noch diphtheritischer Belag auf den exkoriirten Stellen der Vagina entstanden war. Am vorletzten Tage vor der Operation Fieber und peritonitische Reizung, Abfieberung am nächsten Tage. Operation. Tod am 4. Tage.

Abdominaltumoren, Ovarien.

5) Glass (Utica, N. Y.). Ein Versuch mit Transplantation eines ganzen menschlichen Eierstockes.

(Med. record 1899. April 29.)

Bei einer 39jährigen Person war aus unbekanntem Grunde vor 2 Jahren anderseits die doppelseitige Oophorektomie gemacht worden und hatten sich hiernach sehr beträchtliche Beschwerden nervöser Natur eingestellt, welche die Kranke zugleich mit den örtlichen Folgen einer fixirten Retroflexion gehoben zu sehen wünschte. Gleichseitig hatte G. eine andere Kranke, welche nach einer schweren Geburt eine sehr bedeutende Verengerung der Scheide zurückbehalten hatte. Allerdings war es allmählich gelungen, dieselbe wieder zu erweitern, wenigstens bis auf 25 mm, allein sie war doch zu eng und unnachgiebig geblieben, um eine Geburt zu gestatten und die Frau wollte daher der Möglichkeit einer neuen Schwanger-

schaft mit der Aussicht auf Entbindung durch Kaiserschnitt entzogen sein. Durch die Kastration dieser Frau verschaffte sich nun G. ein gesundes lebensfähiges Ovarium, welches er der ersteren Person durch einen Scheideneinschnitt einfach implantirte, nachdem schon früher an derselben die Ventrofixation mit gutem Ergebnis ausgeführt worden war. Der Erfolg dieses Versuches nun war ein vollständiger, indem nicht nur am 16. Tage Menstruation wiederkehrte, sondern sich auch sexuelle Neigungen einstellten, ja etwa 6 Tage nach der Transplantation hatte sich ein mehrere Tage andauernder Zustand von sexuellem Erethismus eingefunden, der sich unter Anderem auch in erotischen Träumen zeigte. Später traten noch mehrmals, aber nicht regelmäßig, menstruelle Blutungen auf, welche 2—3 Tage anhielten, und die Kranke fühlt sich vollkommen gesund und frisch, sowohl körperlich als geistig und ist durchaus fähig zur Ausübung ihrer Pflichten als Hausmädchen.

Die Grundlagen zu diesem Versuche hatte G. in den Versuchen Knauer's über Transplantation von Eierstöcken bei Thieren, so wie in den Beobachtungen gefunden, welche bei Operationen an den Gebärmutteranhängen mit Erhaltung eines ganzen Eierstockes oder auch nur eines Stückes eines solchen gemacht worden sind. Dass der eingeschobene Eierstock einer anderen Person nicht abstarb, sondern offenbar in der Wunde einheilte und mit dem Blutumlaufe in Verbindung trat, ist ersichtlich und bildet diese Möglichkeit selbstverständlich die Voraussetzung des Erfolges. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

6) **J. Oliver** (London). Einige seltene Formen von Abdominaltumoren.

(Edinb. med. journ. 1898. November.)

1) Cyste des Gärtner'schen Ganges. Pat. 24 Jahre; seit 4 Monaten Dysmenorrhoe mit Vermehrung der Blutung, zuletzt konstanter Schmerz. Tumor über der Symphyse bis 1 Zoll unter dem Nabel. Das Peritoneum schlug sich von der vorderen Bauchwand auf ihn über; Cyste wurde angeschnitten, zeigte 600 g braungelben Inhalt und schleimhautähnliche Innenwand; sie reichte tief ins rechte Ligament hinunter und drang so zu sagen in den rechten Uterusrand hinein. Die Geschwulst musste drainirt werden, Heilung.

2) Cyste des Mesenteriums. Beschwerden seit 5/4 Jahr, Tumor mit 3 Nößel wasserdünnem, leicht blutig gefärbtem Inhalte, links von der Wirbelsäule im Mesenterium. Da die Cyste entleert worden war, nach Eröffnung des Peritoneums, gelang die Ausspülung ebenfalls nicht: Tamponade, Heilung.

3) Abgekapselte, hämorrhagische Peritonitis, vor 5 Monaten im Wochenbette entstanden. Über das Wochenbett selbst ist nichts berichtet. Hat nur wenig Schmerzen gehabt, Umfang am Nabel 40 Zoll; Tumor in der Mitrallinie, von der Symphyse bis 3 Zoll unter dem Nabel; leichtes Fieber. Die vordere Wand der Höhle ist Bauchwand, die obere Netz, das andere Därme, der Inhalt, 3 Liter, dünne, stark blutige Flüssigkeit. Drainage, Heilung.

4) Wurstförmiger, maligner Tumor bei einer 56jährigen Pat., in der Ileocoecalgegend mit starker Verbackung der Organe und Kothaustritt ins Zellgewebe und die Peritonealhöhle. Nicht operirt. **Zeiss** (Erfurt).

7) **Krogius** (Helsingfors). Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Dermoidcysten des Beckenbindegewebes.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LX. Hft. 1.)

Die 26jährige Pat. litt jahrelang an hartnäckiger Verstopfung (einmal 9 Wochen lang kein Stuhl), Auftreibung des Bauches und Schmerzen im Leibe. Durch Eröffnung der Bauchhöhle erst wurde der retroperitoneale Sitz des Tumors erkannt und nunmehr die Operation in Seitenlage vom Damme her fortgeführt: Schnitt von der Steißbeinspitze bogenförmig bis zur Mitte des linken Kreuzbeinrandes, Exstirpation des Steißbeines, Resektion eines Stückes vom linken Seitentheile des Kreuzbeines, Herauspräparirung der Cystenwand mit Zurücklassung einzelner ver-

kalkter und mit der hinteren Beckenwand fest verbundener Partien, Tamponade. Die Höhle schrumpft allmählich; nur an einer Stelle wird eine lebhafte Sekretion unterhalten; dort fühlt man Kalkinkrustationen, die in Narkose mit dem scharfen Löffel weggekratzt werden. Unter der andauernden Stuhlträgheit bildet sich weiterhin ein kindskopfgroßer Koprolith, der in Narkose zertrümmert und extrahirt werden muss. Einige Wochen später wird die Pat. mit einem feinen Fistelgange, aber sonst gesund, entlassen. **Calmann** (Hamburg).

8) **F. Weber** (Petersburg). Über Tumoren des Ligamentum rotuntum uteri.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 5.)

W. beobachtete 3 Tumoren, von denen er 2 selbst mit Glück exstirpirte. Aus dem anatomischen Bau des Ligamentes ergiebt sich bereits, dass diese Tumoren Angiome, Myome und Desmoide sein können. Die letztere Form scheint vorzuherrschen. Für manche Formen ist die Abstammung von Resten des Wolff'schen Körpers erwiesen. Eine Diagnose ist gewöhnlich nur durch Autopsie möglich. Die Differentialdiagnose gegenüber Brüchen etc. daher auch meist unmöglich. Ätiologisch kommen Schwangerschaften in Betracht. Das Küster'sche Symptom findet sich bei den intraabdominalen, wenn sie nicht sehr groß sind, eben so wie bei den Dermoiden. Sie können sehr groß werden und namentlich bei intrakanalikulärer und intraabdominaler Entwicklung allein aus mechanischen Gründen große Beschwerden machen. Die Exstirpation ist gewöhnlich leicht.

Roesing (Hamburg).

9) **Wilms** (Leipzig). Multiple Embryome des Ovariums.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 5.)

W. hatte Gelegenheit, 2 Ovarialtumoren zu untersuchen, die von Sänger durch Oophorektomia duplex gewonnen waren. Der linke war ein gewöhnliches einkammeriges Dermoid, während der rechte sich als ein Konglomerat von 5 gesonderten Keimanlagen erwies. In allen ließ sich ein papillenähnliches Gebilde auffinden, das Gebilde aller 3 Keimblätter enthielt. W. will desshalb auch den Namen Embryome gegenüber Pfannenstiel gewahrt wissen, während andere sogenannte Bildungen richtig als fötale Inklusionen zu bezeichnen seien. Er hält sein Präparat für ein Unikum, da ein anderes von Pfannenstiel erwähntes nirgends genau beschrieben ist. Er betont die Specificität dieser Tumoren gegenüber den Kystomen und begründet sie durch den Nachweis einer ohne Zutritt von Sperma eingetretenen Furchung und Weiterbildung der Eizelle, während beim Kystom nur eine Vermehrung und Vergrößerung der Follikel ohne Differenzirung Platz greift. **Roesing** (Hamburg).

10) **M. Herz** (München). Zur Kenntnis des Endothelioms im Anschlusse an ein Endothelioma lymphaticum ovarii.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 4. 2 Taf.)

Der Unterschied zwischen Endo- und Epithel lässt sich weder genetisch noch histologisch sicher pracisiren. So ist auch die Differenzirung der Geschwülste nach ihrem Mutterboden in dieser Hinsicht genetisch nicht wohl zu machen. Doch ist dieselbe praktisch zweckmäßig. So sind denn auch verschiedene Versuche von Volkmann, Ribbert, Pick, Hansemann, Amann u. A. gemacht. Am einfachsten erscheint die Eintheilung der Endotheliome nach ihrem Ursprunge in E. intravasculare und lymphaticum, wie sie von Amann neuerdings gemacht wurde, der dadurch das Blutgefäß- resp. das Lymphgefäßendothel als Mutterboden bezeichnen will und die sich von anderen Tumoren unterscheiden sollen durch in den Luftspalten liegende Zellstreifen, die solide oder hohl sich finden neben diffuser Ausbreitung von regellos liegenden vielfach in Metamorphose begriffenen Zellen. Die jüngsten Sprossen liegen dabei ohne jede Endothelbekleidung im Bindegewebe. Bei den intravaskulären ist der Nachweis des Überganges vom Endothel der

Gefäßwand in die Geschwulst zu führen. Ein selbstbeobachteter Fall wird genau beschrieben und in den Tafeln die nicht mit Endothel bekleideten Ausläufer, die Verdrängung des Bindegewebes und das Fehlen der Intercellularsubstanz gezeigt neben Degenerationen. **Roesing** (Hamburg).

11) **T. Gilliam** (Columbus, Ohio). Ungeheure Eierstocksgeschwulst.

(Med. record 1899. August 5.)

Es handelt sich um eine einkammerige Eierstockscyste, welche 16 Jahre lang bestand und eine ungeheure Größe erreicht hatte. Da aber Indicatio vitalis vorlag, wurde die Exstirpation der von der Brust bis zu den Knien herabhängenden Geschwulst unternommen, welche wegen der bestehenden Verwachsungen und der Dicke der Wandungen so wie wegen der großen Höhlung und der überschießenden Bauchhaut einige Schwierigkeiten bereitete. Die festen Theile der Geschwulst wogen fast 7, die Flüssigkeit 169 Pfund! Die Heilung war nur durch Maceration und Exkoriation der Haut in den tiefen Falten gestört, ging aber im Übrigen glatt vor sich. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

12) **Abel.** Über eine eigenthümliche Gestaltsveränderung der Ovarien (Ovarium gyratum).

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 1.)

Bei der Operation eines Cervixcarcinoms fand A. die Ovarien vergrößert und von dem Aussehen eines fötalen Gehirns. Sie zeigten tiefere und flachere Windungen. An manchen Stellen senkte sich die Oberfläche um $1/2$ cm ein. Mikroskopisch zeigte sich, dass die oberflächlichen Schichten aus zellarmem Grundgewebe bestanden, welches aufgequollen eine homogene Masse unregelmäßig an einander gelagerter Schollen bildete. Gefäße spärlich. Es handelte sich wahrscheinlich um Schrumpfungsvorgänge an einem ursprünglich durch Bindegewebswucherung mit ödematöser Durchtränkung vergrößerten Ovarium. **Courant** (Breslau).

13) **Günzburger.** Ein Fall von spontan geplatztem Kystoma glandulare myxomatosum ovarii dextri mit doppelseitigen Dermoidcysten und sekundärem Pseudomyxoma peritonei.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 1.)

An dem in der Abel'schen Frauenklinik in Berlin beobachteten und genau wiedergegebenen Falle interessirt besonders der Befund des Pseudomyxoma peritonei, dessen Ätiologie die Autoren noch verschieden beurtheilen. Im Ganzen sind bis jetzt 40 derartige Fälle beschrieben, von denen 17 = 44% geheilt wurden. In der Cystenwand fand Verf. wenig elastische Fasern, während dieselben im normalen Ovarium reichlich mit Weigert'scher Färbung nachgewiesen werden können. Diese Beschaffenheit der Cystenwand erklärt die Leichtigkeit der spontanen Ruptur, die im beschriebenen Falle als handtellergroße Stelle vorhanden war. Die mikroskopische Untersuchung eines Netzstückes zeigte, wie vom Peritoneum aus die aufgelagerten Myxommassen organisirt wurden. Theils dringen vom Netz aus Rundzellen, theils Bindegewebsbündel in die Gallerte ein. In den letzteren unterscheidet man Spindelzellen, Fibrillen und Kapillaren. Alles, die Rupturstelle, die in diesem Falle schon zum 14. Male nachgewiesen werden konnte, und die mikroskopischen Bilder der Peritonealaffektion sprechen für die Werth'sche Ansicht, die u. A. auch von Strassmann vertreten wird, welcher die letzte genauere Arbeit über das Thema geliefert hat, — dass nämlich nach dem Platzen der Cyste sich die gallertigen Massen am Peritoneum festlegen und von ihm allmählich organisirt werden. Die von Hennig und Wendeler vertretene Ansicht, dass die Gallerte das Peritoneum zur Produktion von Bindegewebe reize, welches selbst gallertig entarte, dass also das Peritoneum zwar sekundär aber selbständig erkranke, ist unhaltbar geworden. Dagegen spricht u. A. auch der Umstand, dass nach Entfernung des Tumors und des größten Theiles der myxomatösen Massen eine schnelle Heilung am Peritoneum eintritt. Eine Kombination mit Dermoid

ist nur von Strassmann und Wendeler beschrieben, wobei aber das Ovarium der anderen Seite normal war. **Courant** (Breslau).

14) A. Wallgren. Ein Fall von Typhusinfektion einer Ovarialcyste.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 1.)

Es handelt sich um eine Dermoidcyste, welche von Heinricius in Helsingfors bei einer Pat. entfernt wurde, die 3 Monate vorher an einer fieberhaften Krankheit erkrankt war. Die Cyste, welche $1^1/_2$ Liter gelbgrüner, mit Flocken und Haaren untermischter Flüssigkeit enthielt, wurde Verf. zur Untersuchung übergeben. Er konnte mikroskopisch und kulturell einen mittelgroßen, an den Ecken abgerundeten Bacillus in Reinkultur feststellen, welcher lebhafte Eigenbewegungen besaß, die durch eine Anzahl Geißeln vermittelt wurde. Kulturell stimmte das Stäbchen völlig mit dem Bacillus typhi Eberth-Gaffky überein. Für Meerschweinchen war er ziemlich pathogen. Im Serum von Typhuspat. trat Agglutination in derselben Weise ein wie bei einem von einer Typhusmilz reingezüchteten Typhusbacillus. — Agglutination trat auch im Blutserum von Meerschweinchen ein, die nach und nach Injektionen von Bouillonkulturen erhalten hatten, und zwar nicht nur Agglutination der Dermoidcysten- und der Typhusmilzbacillen, mit denen die Kulturen beschickt waren, sondern auch zweier anderer Typhusbacillenkulturen. Ähnliche Fälle haben Werth, Pit'ha und Sudeck beschrieben. Die Bacillen mussten auf dem Blutwege in den Tumor gelangt sein, wo sie ein passendes Nährmedium vorfanden. Außer den Mikroorganismen fanden sich in der Cystenflüssigkeit stark degenerirte Leukocyten. Die Cystenwand selbst zeigte sich nach dem Innenraume hin stark zellig infiltrirt. **Courant** (Breslau).

15) J. Miller (New Orleans). Das Fibrom der Bauchwand.

(Med. record 1899. Juni 24.)

Die Mehrzahl der Fibrome der Bauchwand wird bei Frauen gefunden und zwar fast stets in Verbindung mit Entbindungen, ihr Sitz ist meist in der Regio iliaca oder in der Scheide des Rectus abdominis, also an Stellen, welche zu Traumen während der Entbindung besonders geeignet sind. Der Sitz ist nicht immer sicher zu bestimmen, Senn glaubt, dass sie meist von den Geweben nahe dem Peritoneum ausgehen, dagegen will Michaux ihre Entstehung in die Fascien und Muskeln verlegen. Nicht immer ist eine vollständige Kapsel vorhanden, so dass Ausschälung nicht immer gelingt, Recidive sind daher nicht selten. Eben so ist sarkomatöse Entartung keineswegs selten, so dass also die Operation nicht verschoben werden darf. Die mikroskopische Struktur ist die eines wahren Fibroms. Die rundliche, birnförmige oder cylindrische Geschwulst ragt gewöhnlich hervor, die Haut ist darüber verschieblich, doch mit den tieferen Geweben pflegt festere Verwachsung zu bestehen. Liegt sie nahe an einem Knochen, so pflegen harte Stränge von ihr nach der Geschwulst hin zu gehen, welche dann wohl einen knöchernen Stiel vortäuschen. Als Unterscheidungsmerkmal von Urachuscysten und Hydatiden kann ihr Sitz gelten, der niemals in der Mittellinie oder nahe dem Nabel liegt. Meist pflegt plötzlich das bisher langsame Wachsthum rascher zu werden. M. theilt 3 Fälle eigener Beobachtung mit, darunter 2 an Negerinnen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

16) Olshausen. Über Bauchwandtumoren, speciell über Desmoide.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 2.)

Der Arbeit sind 22 Fälle von Bauchdeckenfibromen aus den letzten 12 Jahren zu Grunde gelegt, 20 von diesen Fällen kamen zur Operation und wurden geheilt.

Das Alter der Kranken schwankte bei 18 zwischen 25 und 35 Jahren, eine war noch nicht 25 Jahre alt, und 2 hatten 35 Jahre schon überschritten.

Sämmtliche Pat. hatten geboren, bei mindestens 5 war der Tumor zuerst in der Gravidität beobachtet worden.

Die Entstehung der Tumoren ist auf irgend welche Traumen zurückzuführen, die die vordere Bauchwand getroffen haben. Es erklärt sich auf diese Weise leicht der hauptsächliche Sitz der Fibrome. 11mal gingen die Tumoren von der Rectusscheide aus und zwar 9mal von der hinteren, 2mal von der vorderen Wand, 2mal wurde die Matrix von der Fascie des Obliq. ext. und 5mal von der des intern. gebildet.

In mehreren Fällen bestanden einige Verbindungen mit den Knorpeln der falschen Rippen, in einzelnen anderen solche mit dem Darmbeinkamme. Abgesehen von einzelnen Fällen schwankte die Größe der Geschwülste zwischen Hühnerei- und Faustgröße.

Die Form der Tumoren — gewöhnlich ein abgeplattetes Ovoid — ist schon in einiger Entfernung von der Kranken zu erkennen, da die Geschwülste fast immer unter Hervorwölbung der Bauchdecken nach außen wachsen.

Anatomisch sind die Tumoren als reine Fibrome aufzufassen, selbst ein starker Zellenreichthum ändert ihre klinische Gutartigkeit nicht.

Die in der Mehrzahl aller Fälle recht leichte Diagnose wird nur bei bedeutender Größe der Geschwulst schwierig; selbst O. konnte sich in einigen Fällen vor Irrthümern nicht schützen.

Die Operation ist gewöhnlich leicht, eine Verletzung des Bauchfelles kann in den meisten Fällen vermieden werden. Der Verf. schließt die Wundhöhle durch etagenförmig über einander gelegte fortlaufende Katgutnähte unter Ausschluss von Drainage.

Auszugsweise werden 2 weitere Krankengeschichten mitgetheilt. 1mal (58-jährige Pat.) wurde 5 Jahre nach Laparotomie wegen Eierstockpapilloms ein Bauchdeckentumor entfernt, der sich nach der Exstirpation als reines Carcinom erwies; in dem 2. Falle (46jährige Pat.) wurde ein theilweise cystischer Bauchdeckentumor exstirpirt, der ein typisches glandul. Kystom und seiner Ätiologie nach eine Impfmetastase darstellte, für die eine vor 17 Jahren bei der Pat. vorgenommene Ovariotomie anzuschuldigen war. **Scheunemann** (Breslau).

17) W. Russell (Baltimore). Versprengte Keime des Müller'schen Ganges in einem Eierstocke.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1899. Januar, Februar, März.)

Der fragliche rechte Eierstock wurde bei Gelegenheit einer Operation wegen cystischen Adenocarcinoms des linken Eierstockes mit entfernt, da er in Adhäsionen eingebettet war, die Frau aber bereits über die Menopause hinaus war. Derselbe wurde in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet und mit Hämatoxylin und Eosin gefärbt. Bei der mikroskopischen Untersuchung war R. erstaunt, Bezirke zu finden, welche völlig mit Uterindrüsengewebe und Zwischendrüsenzellgewebe übereinstimmten. Es wurden nun Serienschnitte durch den Überrest gemacht und es fand sich, dass ähnliche Herde überall darin zerstreut waren und dass dieselben an einzelnen Stellen von Bündeln ungestreifter Muskeln umgeben waren. An der Hinterfläche in beträchtlicher Entfernung vom Hilus war eine seichte Grube, die sich nach der Bauchhöhle hin öffnete, theilweise mit diesem Gewebe von uterinem Typus ausgefüllt. Das diese Gruppe bedeckende Epithelium verlor sich allmählich in einer einfachen Lage niedriger Cylinderzellen und breitete sich an den Rändern der Grube als Keimepithel über die Oberfläche auf eine kurze Strecke hin aus. Ein großes Corpus luteum, das den äußeren Pol einnahm, war zu 2 Drittheilen von einem schmalen Saume Cylinderzellen umgeben, welcher sich stellenweise in die Tiefe des unterliegenden Gewebes hinab erstreckte und drüsenähnliche Struktur zeigte. In dem Eierstocksgewebe selbst fanden sich mit Cylinderepithel ausgekleidete Räume, theilweise sogar ausgesprochene Cilien daran. Darunter lag ein Streifen von Drüsen eingebettet in Bindegewebe. Die Drüsen waren gerade so angeordnet, wie in normaler Uterusschleimhaut, öffneten sich in jene Räume, deren Epithel in Zusammenhang mit dem übrigen kontinuirlich überging. Das Zwischenbindegewebe war aus kleinen Zellen zusammengesetzt, deren runde oder ovale

Kerne sich dunkel färbten und den Zellenleib völlig ausfüllten, ganz übereinstimmend mit den Zellen des Uterus. Unterhalb der Räume waren Muskelbündel mehr oder weniger koncentrisch angeordnet, von denen Streifen in das Eierstocksgewebe hineingingen.

Leukocyten und rothe Blutkörperchen mit unbestimmten Umrissen füllten zum Theil die Räume. Das Ganze bildete eine genaue Wiedergabe eines Abschnittes von uteriner Schleimhaut und Muskulatur, die Anordnung dieser Gewebe machte den Eindruck, dass sie ein zusammenhängendes System von der Grube an der Hinterfläche zu einem Cystenraume an der Vorderfläche bilde. Dabei enthielt der Eierstock viele Corpora fibrosa und einige wenige Graaf'sche Follikel in verschiedenen Entwicklungsstadien, einige waren auch cystisch. An mehreren Stellen waren durch das ganze Präparat im Eierstocksgewebe auch Pigmenthaufen zerstreut, deren einige auch geschrumpfte Formen von rothen Blutkörperchen erkennen ließen, offenbar Reste von Blutungen. Der Hilus enthielt kein Drüsengewebe, sondern war völlig normal mit Ausnahme einer Sklerose der Gefäße.

Ref. hat absichtlich die Schilderung dieser Verhältnisse genau übersetzt, um jedem Leser ein eigenes Urtheil über den Befund zu ermöglichen, welcher durch Abbildungen noch näher erläutert wird. Verf. stellt in Aussicht, noch weitere Beweise dafür zu erbringen, dass die parovialen Schläuche durch den Hilus in den Eierstock eindringen und dort diese Drüsengewebsbildungen hervorbringen können, da er in der Wandung der Cyste an der entgegengesetzten Seite ganz ähnliche Verhältnisse gefunden habe, als Beweis für die Herkunft epithelialer Geschwülste des Eierstockes. Dass zugleich dieser Fall vielleicht zur Klärung der Ansichten über die Embryologie der weiblichen Genitalien beizutragen vermag, wie Verf. will, sei hier nur angedeutet, gerade in dieser Richtung liegt vielleicht seine größte Bedeutung. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

18) **J. H. Croom** (Edinburg). Akute Manie nach einfacher Ovariotomie.

(Edinb. med. journ. 1899. Mai.)

Pat., 44 Jahre alt, verheirathet, steril, hat krankheitshalber noch nie im Bett gelegen und auch sonst eine alkoholfreie und psychisch saubere Anamnese. Ovariotomie sehr leicht. Am 3 Tage unter leichtem Fieber Ausbruch einer regulären akuten Manie, die, sich steigernd, unter Schlaflosigkeit und Nahrungsverweigerung nach weiteren 3 Tagen zum Exitus führte. Die Autopsie ergab im Abdomen keine Spur von Zeichen einer Infektion. Der Ausbruch so kurz p. op. und der schnelle tödliche Verlauf zeichnen den Fall aus. **Zeiss** (Erfurt).

19) **Brown** (Baltimore). Ovariencysten bei Negerinnen.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1899. Januar, Februar, März.)

In den letzten 6 Jahren sind im Hospitale 191 Ovariencysten aller Art behandelt worden, wovon nur 12 an Negerinnen, mithin sind sie im Allgemeinen bei diesen selten, im Verhältnis von 1:15, wogegen bei allen gynäkologisch Kranken sich das Verhältnis auf 1 : 6,75 stellt. Was die einzelnen Arten betrifft, so stellt sich aber ein anderes Verhältnis heraus, indem zunächst die Häufigkeit der Dermoidcysten bei Negerinnen sogar noch höher ist, als bei Weißen, sie kommen nämlich im Verhältnis von 7 : 17 = 1 : 2,5 vor. Dagegen ist das Verhältnis für die Retentionscysten 3 : 88 = 1 : 29,3, für die unilokulären und multilokulären 2 : 53 = 1 : 26,5; die selteneren Formen, die papillären, parovariellen und intraligametären Cysten, welche unter den Weißen mit 14, bezw. 4 und 3 Fällen vertreten sind, kamen bei Negerinnen überhaupt nicht zur Beobachtung. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

20) **M. D. Jones** (New York). Myxomatöse Entartung der Eierstöcke.

(Med. record 1899. Mai 6.)

Unter etwa 100 untersuchten kranken Eierstöcken hat J. 5mal ausgesprochene myxomatöse Degeneration derselben gefunden und zwar besteht bei derselben eine

ganz ähnliche Allgemeinaffektion, wie bei bösartigen Geschwülsten. Alle Gewebe werden durch die Umänderung des Bindegewebes in myxomatöses in Mitleidenschaft gezogen, die Muskelfasern atrophiren, die Eichen selbst atrophiren und gehen eine wachsartige Degeneration ein. Das myxomatös entartete Gewebe kann auch noch entzündliche Veränderungen erfahren. Eine größere Zahl guter Abbildungen erläutern die beschriebenen Verhältnisse. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

21) **L. Seeligmann** (Hamburg). Über die Drainage nach Laparotomien mit schweren Komplikationen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. Nr. 39.)

S. sieht principiell von der Drainage nach oben ab; er leitet die Gaze nach breiter Eröffnung des Douglas in die Scheide und versucht den Abschluss des Operationsgebietes dadurch zu bewerkstelligen, dass er ähnlich wie Bardenheuer die erhaltenen Reste der Lig. lata einerseits und die in diesen Fällen gewöhnlich verdickten und vergrößerten Appendices epiploicae des Darmes mit einander vereinigt. Unter Umständen zieht er auch Blase, Uterus, Netz und den Darm selbst zu diesem Zwecke heran. Den Uterus von vorn herein mit zu entfernen hält S. nicht für richtig. Vom 2. Tage p. op. an wird täglich ein kleines Stück der Gaze von unten her herausgezogen, um erstens jede Stagnation der Sekretion zu verhüten und zweitens die Höhle allmählich zu verkleinern.

Eine Indikation zu der angegebenen Methode der Drainage sieht S. nur in schwersten Fällen gegeben, in welchen es sich einerseits um große, eitrige Tumoren der Adnexe und andererseits um schwerlösliche Verwachsungen mit den Nachbarorganen handelt. Bei Extra-uterin-Graviditäten, bei großen, gutartigen Geschwülsten mit ausgedehnten Adhäsionen spielt das tamponirende Moment eine größere Rolle als das drainirende.

20 von S. operirte und drainirte Fälle sind genesen, obwohl es sich um fast durchweg schwere, komplicirte Fälle (hohes Fieber kurz vor der Operation, Platzen der eiterhaltigen Tumoren bei der Ausschälung, Blasen- und Ureterverletzung etc.) handelte. Die Krankengeschichten finden sich im Originale kurz wiedergegeben.

Graefe (Halle a/S.).

22) **Clark** (Baltimore). Herkommen, Entwicklung und Rückbildung der Blutgefäße im Eierstocke. (Vorläufige Mittheilung.)

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1899. Januar, Februar, März.)

Da alsbald eine genauere Arbeit dieser vorläufigen Mittheilung folgen soll, wird auf ein genaueres Referat über letztere vorläufig zu verzichten sein. Die Schwierigkeit, Klarheit in diese Sache zu schaffen, liegt darin, dass die ursprüngliche embryonale Anlage der Geschlechtstheile beider Geschlechter bekanntlich gleich ist, dass dagegen in der späteren endgültigen Ausbildung die Verbreitung der Gefäße in Hoden und Eierstöcken eine gerade entgegengesetzte ist. Denn während die Verbreitung der Gefäße im Hoden eine peripherische ist, die Hauptarterie dorsal verläuft, ihre Zweige rippenartig abgehen und dann Äste in die Tiefe senden, treten die Arterien mit ihren Begleitvenen central in den Eierstock hinein, verbreiten sich baumartig und enden als feine kapillare Anastomosen in der Tunica albuginea. Diesen Widerspruch mit der gemeinsamen Entstehung beider Geschlechtsdrüsen aus dem Wolff'schen Körper zu lösen ist die Aufgabe, welche sich C. stellt. Die Gefäße sollen sich ganz unabhängig vom Wolff'schen Körper entwickeln, so dass gleichzeitig Weiterentwicklung und Rückbildung möglich ist. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. **Sonnabend, den 17. März.** **1900.**

Zur Dekapitation mit dem Karl Braun'schen Schlüsselhaken.

Von
Karl A. Herzfeld in Wien.

In der ersten Nummer des heurigen Jahrganges des Centralblattes für Gynäkologie veröffentlicht Dr. H. Füth aus der Zweifel-schen Universitätsklinik in Leipzig einen Artikel, betitelt: Über die Dekapitation mit dem Zweifel'schen Trachelorhekter. In derselben Nummer ist auf p. 27 ein Referat über eine Diskussion enthalten, welche Herr Zweifel im Anschlusse an jenen Vortrag Füth's, den derselbe in der 480. Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig gehalten, und der, wie vorstehend verzeichnet, als Originalartikel abgedruckt erscheint, eröffnete. Diese beiden Enuntiationen richten ihren Tenor vornehmlich gegen zwei meiner Publikationen in diesem Centralblatte und zwar: »Über die Anwendung des Karl Braun'schen Schlüsselhakens«, Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 29, und »Nochmals der Karl Braun'sche Schlüsselhaken«, Centralblatt für Gynäkologie, 1897 p. 1324. In dem ersten Artikel hatte ich mich gegen jene Vorwürfe gewendet, welche Zweifel bei

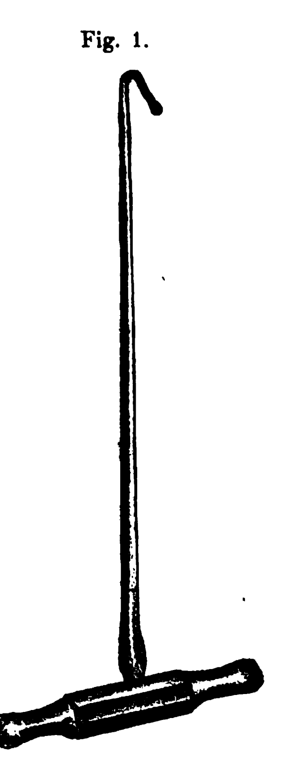
der Beschreibung seines neuen Instrumentes, Trachelorhekter genannt, gegen die Dekapitation mit dem Karl Braun'schen Schlüsselhaken erhob. Ich glaube, dass die ganze jetzige Polemik in einer ganzen Reihe von Missverständnissen ihre Ursache hat. Mir war es vielmehr darum zu thun, Irrthümer, die trotz der großen Anzahl von Publikationen über dasselbe Thema bezüglich der Anwendungsweise und der Güte des Karl Braun'schen Hakens allerseits herrschen, zu beseitigen, als gegen das Zweifel'sche Instrument, gegen das ich ja nur theoretische Bedenken haben konnte, aufzutreten. Aber ich suchte den Grund für die Behauptung Zweifel's bezüglich der Verbesserungsfähigkeit des Karl Braun'schen Instrumentes in dem Umstande, dass er das Karl Braun'sche Originalinstrument nicht genügend gewürdigt hat. Ich habe nun nicht bloß in den erwähnten 2 Artikeln des Centralblattes, sondern auch in einer Publikation: »Über die Mechanik der eingekeilten Schulterlagen« (Wien, Hölder, 1890) und in meinem Lehrbuche: »Praktische Geburtshilfe« (Wien und Leipzig, Deuticke, 1897) darauf hingewiesen, wie mangelhaft die Beschreibung ist, die man in so vielen, sonst ausgezeichneten deutschen Lehrbüchern der Geburtshilfe über die Dekapitation mit dem Karl Braun'schen Instrumente findet und daraus geschlossen, dass jene Übelstände, über welche oft genug bei Anwendung des Schlüsselhakens geklagt wird, nicht so sehr dem Instrumente selbst, wie der unrichtigen Anwendung desselben zur Last fallen. Zunächst sei bemerkt, dass in dem Streite oft genug nicht einmal von demselben Instrumente die Rede ist. Denn jener »Schlüsselhaken Karl Braun's«, von dem Zweifel spricht, ist dadurch, dass Zweifel dem Haken eine zweite Krümmung gegeben hat, nicht jenes Originalinstrument, das von Karl v. Braun konstruirt wurde, und das wir in Wien, wie in Österreich überhaupt stets mit dem glänzendsten Erfolge anwenden. Es ist daher nothwendig, wollen wir über die Vorzüge oder Nachtheile uns einigen, uns auf eine bestimmte Methode bei der Diskussion einzulassen, und diese Methode kann dann doch nur die von Karl Braun im Jahre 1855 angegebene Originalmethode sein, und so will ich, der Deutlichkeit halber, diese Methode hier noch einmal kurz präcisiren.

Der Karl Braun'sche Schlüsselhaken dient zur Vornahme der Embryotomie, also sowohl der Dekapitation, wie der Eventration, Thorakotomie etc. und kommt zur Anwendung bei eingekeilten Schulterlagen, wenn das Kind todt ist und die Wendung sowohl wegen der Einkeilung der Frucht, wie wegen der Dehnung des unteren Uterinsegmentes unmöglich oder kontraindicirt ist. Der Schlüsselhaken ist ähnlich gebaut wie das schmale obere Ende des Smellie'schen Steißhakens. Nur besitzt der Schlüsselhaken eine etwas mehr parabolische Krümmung und an seinem unteren Ende einen Knopf — geknöpfter Haken —, während das untere Ende des 25 cm langen Metallstabes in einem Quergriffe steckt. Die Ent-

fernung des Knopfes von dem Stabe, somit die untere Lichtung der Hakenkrümmung, beträgt bei dem Karl Braun'schen Schlüsselhaken 3 cm und nicht wie Zweifel stets beschreibt 2 cm. (Siehe Fig. 1.)

Die Wirkung des Dekapitationshakens soll nun die sein, dass er, mit stumpfer Gewalt vom Halse aus wirkend, die von ihm gefasste Partie des Halses durch Umdrehung um seine eigene Achse durchtrennen soll. Um nun Verletzungen der mütterlichen Weichtheile zu verhindern, ist es nothwendig, einerseits das Instrument so zu decken, dass nicht durch dasselbe selbst Verletzungen zu Stande kommen, andererseits Mitbewegungen des kindlichen Kopfes mit dem Instrumente zu verhüten, die der Integrität des Geburtsschlauches gefährlich werden könnten. Es ist daher nothwendig, vor der Anlegung des Hakens eine Hand in das Genitale einzuschieben und so an den kindlichen Hals zu bringen, dass diesen beiden Indikationen genügt werden könne. Zur Fixation des Halses und zur Deckung des Instrumentes verwenden wir nun jene Hand, die der Seite der Mutter entspricht, gegen welche der kindliche Schädel gekehrt ist, somit bei einer ersten Schulterlage die rechte, bei einer zweiten Schulterlage die linke Hand. Wir werden ja gleich sehen, warum es wichtig ist, die Wahl der Hand genau nach den Originalvorschriften zu treffen. Um nun durch das Eingehen mit der Hand die bestehende Spannung im unteren Uterinsegmente nicht zu vermehren und die Gefahr einer Uterusruptur nicht zu vergrößern, und um zu vermeiden, dass durch das Einführen der Hand der kindliche Rumpf höher hinauf geschoben werde und die mütterlichen Weichtheile dadurch einer Zerrung ausgesetzt werden, gehen wir in folgender Weise vor:

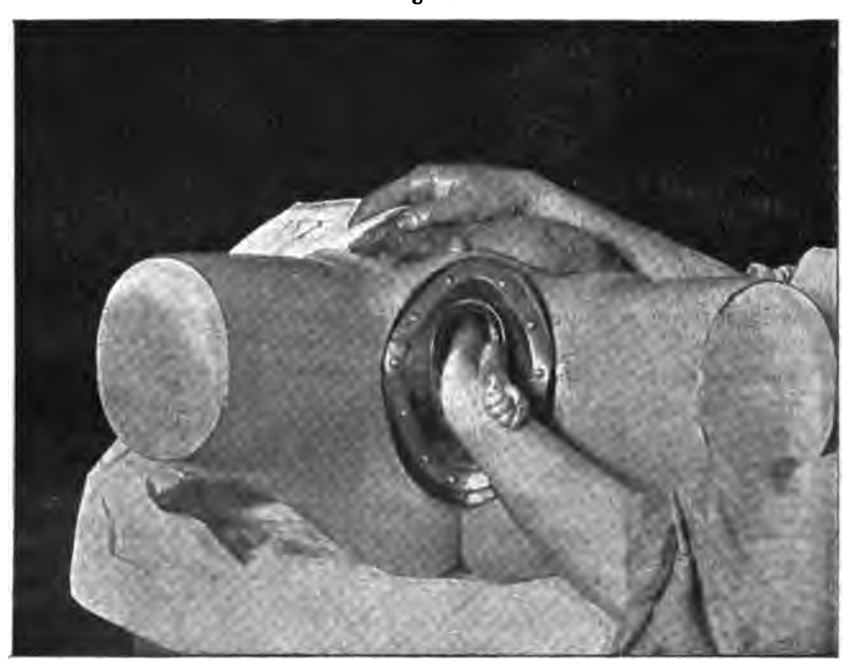
Fig. 1.



Nehmen wir als Paradigma eine Frucht, die sich in zweiter Schulterlage präsentirt, so wissen wir, dass wir in diesem Falle die linke Hand zur Fixation des Halses zu verwenden haben. Wir ergreifen zunächst mit unserer rechten Hand die gewöhnlich vorgefallene kindliche obere Extremität und üben an dieser einen mäßigen Zug aus. Wir ziehen nach abwärts und gegen jene Seite, gegen welche die kindlichen Füße gerichtet sind, somit in diesem Falle nach links. Dadurch wird uns erstens der kindliche Hals näher gebracht, zweitens in der Scheide Raum für die eingehende Hand geschaffen, drittens jene Seite des unteren Uterin-

segmentes, auf welche der kindliche Schädel aufdrückt, entspannt, und nun gehen wir mit unserer linken Hand in die Scheide, längs der kindlichen Schulter in die Höhe, wobei die Hand so gehalten wird, dass der Daumen nach vorn gegen die Symphyse und die vier anderen Finger nach hinten gegen das Promontorium tendiren. In demselben Momente, wo diese eingeführte Hand die kindliche Schulterhöhe passirt, verlässt unsere rechte Hand die von ihr gefasste kindliche obere Extremität und wird nun auf den Fundus uteri aufgelegt, um daselbst die Spannungsverhältnisse des Uterus zu kontrolliren, während gleichzeitig der kindliche Schädel durch sie leicht fixirt wird, um auf diese Weise die eingeführte Hand ruhig und sicher an den

Fig. 2.



kindlichen Hals bringen zu können. (S. Fig. 2.) Diese linke Hand — wir sprechen noch immer von zweiter Schulterlage — umfasst nun den kindlichen Hals in der Weise, dass der Daumen vorn, somit zwischen mütterlicher Symphyse und kindlichem Halse, die anderen 4 Finger rückwärts, somit zwischen Promontorium und kindlichem Halse in die Höhe streben, bis Zeigefinger und Daumen der eingeführten Hand, den Hals umgreifend, an dessen oberer Peripherie sich berühren. Nun erst erfasst unsere freie rechte Hand den Schlüsselhaken am Griffe in der Weise, dass der Metallstab zwischen dem 2. und 3. Finger liegt, während der Knopf des Hakens an der Radialseite der in das Genitale eingeführten Hand und des weiteren

längs des eingeführten Daumens so in die Höhe geschoben wird, dass der Knopf stets der deckenden Hand anliegt und niemals gegen die Weichtheile gerichtet ist. Und nun wird der Haken zwischen der mütterlichen Symphyse und zwischen dem kindlichen Halse in die Höhe geschoben, so lange, bis er den kindlichen Hals passirt hat, d. h. der von rückwärts her den Hals umgreifende Zeigefinger den Knopf des Hakens berührt, und nun wird der Haken durch mäßiges Herunterziehen, von der den Hals des Kindes umstrebenden Hand gedeckt, an den kindlichen Hals gebracht. (S. Fig. 3.)


Fig. 3.



Dabei fasst unser Haken den kindlichen Hals viel besser als der mit der zweiten Krümmung versehene Haken, wie ihn seiner Zeit Zweifel beschrieb. Er hat auch eine freier Beweglichkeit, und wir erzielen mit ihm dadurch rascher die Luxation der Wirbelsäule und Durchsetzung der Weichtheile. Der Haken liegt nun zwischen der den kindlichen Schädel fixirenden Hand und dem Rumpfe der Frucht, in seinem ganzen Bewegungsraume von der Hand des Operateurs gedeckt. Nun wird der Haken mit dem Griffe gesenkt, leicht angezogen und durch mehrere nach rechts und links hebelnde Bewegungen mit demselben die Wirbelsäule sicher zur Luxation gebracht. Ist das geschehen — und man fühlt das ganz deutlich — dann ist man sofort im Stande, mit dem Haken eine größere Peripherie des Halses zu umfassen, ohne dass der Haken frisch angelegt oder frisch adaptirt wird, und nun fasst

man den Griff mit kräftiger Hand und dreht den Haken nach einer bestimmten Richtung einige Male um und zwar in der Weise, dass der Knopf des Hakens sich stets gegen den Kopf und nicht gegen das Jugulum des Rumpfes bewege, somit bei zweiter Querlage, wo wir den Hals mit der linken Hand fixiren, sich nach unserer linken Seite, bei erster Querlage, wo wir den Hals mit der rechten Hand fixiren, sich nach unserer rechten Seite hin bewege. Wir kommen auch auf die Wichtigkeit dieser Vorschrift noch zurück. Dreht man nun den Haken einige Male um seine eigene Achse unter dem steten Schutze der eingeführten Hand, so gelingt es in der Regel spielend leicht, den Kopf vom Rumpfe abzusetzen, wobei wir

Fig. 4.



ziemlich scharf begrenzte Wundflächen erhalten. Sollte die den Haken deckende, eingeführte Hand bemerken, dass nicht alle Weichtheile durchtrennt sind, so wird der Haken stets, ohne je aus dem Genitale herausgeführt zu werden, diesen Partien von der deckenden Hand adaptirt und durch eine oder mehrere neue Umdrehungen des Hakens auch diese Partie des Halses durchtrennt. Nun wird der Haken wieder auf dieselbe Weise, wie er eingeführt wurde, entfernt, indem der Knopf des Hakens die radiale Seite und somit den Schutz der deckenden Hand nicht verlassen darf, um nicht etwa beim Herausziehen noch Verletzungen der Weichtheile zu bewerkstelligen. Erst jetzt wird die eingeführte

Hand zurückgezogen und durch Anziehen an der vorgefallenen Extremität der enthauptete Rumpf und hierauf der Schädel nach Art des Martin'schen Handgriffes entfernt. Handelt es sich um eine erste Schulterlage, dann wird zur Fixation des Halses unsere rechte Hand und zum Fassen des Hakens unsere linke Hand verwendet. (S. Fig. 4.)

Und nun komme ich zu der Besprechung jener Differenzen, welche zwischen den Eingangs erwähnten Auffassungen bestehen. Ich habe behauptet, dass es für die kunstgemäße Ausführung der Dekapitation nothwendig sei, sich auch bezüglich der den Hals fixirenden Hand genau an die Originalvorschriften zu halten, und dass leider diesbezüglich in den meisten, sonst so ausgezeichneten deutschen Lehrbüchern über diesen Punkt große Ungenauigkeit herrscht, woraus man wohl zu schließen berechtigt ist, dass die betreffenden Autoren der richtigen Wahl der Hand kein zu großes Gewicht beilegen. Mit Unrecht! Sehen wir doch einmal, wie die Verhältnisse wären, wenn wir mit der unrichtigen Hand den kindlichen Hals fixiren würden, d. h. nehmen wir an, es würde sich um eine erste Schulterlage handeln, der kindliche Kopf läge links, und wir würden nun, anstatt, wie es die Vorschrift verlangt, mit der rechten Hand, irrigerweise mit der linken Hand eingehen, den kindlichen Hals umfassen und nun den Haken anlegen. Während nun sonst nach der Karl Braun'schen Vorschrift der Haken zwischen der den kindlichen Hals fixirenden Hand und zwischen dem Rumpfe liegt und somit Mitbewegungen des Kopfes bei den Drehungen des Hakens nahezu ausgeschlossen sind, muss bei der Außerachtlassung dieser Regeln der Haken zwischen die den Rumpf fixirende Hand und den nunmehr frei beweglichen Schädel zu liegen kommen, und jede geringste Bewegung des Hakens muss sich dem kindlichen Schädel mittheilen und Bewegungen desselben erzeugen, welche allerdings der Integrität der Uteruswand gefährlich werden müssen. Es ist demgemäß nicht gleichgültig, welche Hand man zum Fixiren des kindlichen Halses verwendet, wenn auch Füth behauptet, dass es besser sei, mit der linken Hand zu fixiren und mit der rechten zu operiren. Für uns aber gilt nicht bloß der Satz: »chirurgus sit ambidexter«, sondern der noch viel wichtigere Satz, dass es nothwendig ist, jede Mitbewegung des kindlichen Kopfes mit den Drehungen des Hakens zu vermeiden. Und das ist nur dann möglich, wenn man zur Fixation des Halses jene Hand verwendet, wie sie Karl Braun vorgeschrieben.

Nun besteht ein weiterer Irrthum in dem Aufsatze Füth's darin, dass er meint, ich hätte Zweifel vorgeworfen, bei seinem Trachelorhekter die Wahl der fixirenden Hand als gleichgültig bezeichnet zu haben. Dies ist absolut unrichtig. Ich habe einzig und allein die bei der Dekapitation mit dem Karl Braun'schen Haken vorzunehmenden Manipulationen im Auge gehabt, als ich die Nothwendigkeit der richtigen Wahl der fixirenden Hand betonte, weil

ich zu der Ansicht kam, dass das Karl Braun'sche Instrument als verbesserungsfähig bezeichnet wurde wegen Mängeln, die nicht dieses Instrument, sondern seine falsche Handhabung erzeugt, Mängel, welche sofort in Wegfall kommen, wenn man das Instrument derartig anwendet, wie es sein Autor richtig verlangt hat.

Nun wird behauptet, es sei auch nicht richtig, wenn ich sage, dass nach Anlegung des Hakens die Umdrehung desselben zum Zwecke der Absetzung des Halses in einer bestimmten Richtung zu erfolgen habe. Ja, es wird sogar behauptet, dass Braun selbst diese Vorschrift abgeändert habe, und zum Beweise dessen citirt Füth folgenden Satz aus Karl v. Braun's Lehrbuche: »Mit der freien, am Griffe befindlichen Hand wird das Instrument fast vertikal abwärts gezogen, durch ein Vor- und Rückwärtsdrehen die Wirbelsäule gedehnt und luxirt, dann durch ein 5—10maliges Umdrehen des Griffes um seine Längsachse nach einer Richtung unter einem stetigen Zuge nach abwärts die Haut und die übrigen Weichtheile des Halses vollständig durchtrennt«. Es ist doch für jeden ruhig Denkenden klar, dass das heißt, dass zunächst zum Zwecke der Luxation der Wirbelsäule mit dem Haken hebelnde Bewegungen zu machen seien, und dass dann, d. h. nach vollzogener Luxation der Wirbelsäule der kindliche Hals durch Umdrehungen des Hakens um seine Achse abgesetzt werden muss. Hebelnde Bewegungen können nun allerdings nur gegen beide Richtungen ausgeführt werden; es ist also klar, dass Karl v. Braun vorschrieb — und seit jeher wird es so geübt — dass zunächst mit dem Haken hebelnde Bewegungen nach beiden Richtungen zu machen seien, um die Wirbelsäule zu luxiren, dass dann jedoch der Haken nach einer Richtung und zwar nach einer bestimmten Richtung zu drehen sei.

Nach welcher Richtung soll nun der Haken zum Zwecke der Absetzung der Weichtheile gedreht werden? Man soll vermeiden, dass der Haken sich so drehe, dass der Knopf gegen das Jugulum des kindlichen Rumpfes sich wendet, weil sich sonst der Haken in die offene Brustapertur hineinarbeitet und an eine Stelle gelangt, wo die Absetzung des Rumpfes viel schwerer ist, als im Bereiche der Halswirbelsäule. Im selben Momente, in welchem die Luxation der Halswirbelsäule erfolgt ist — und das geschieht nach wenigen hebelnden Bewegungen mit dem Haken — wird die Peripherie der zu durchtrennenden Halsstelle eine wesentlich kleinere. Der Haken fasst unter dem Schutze der deckenden Hand eine größere Partie der Weichtheile auf einmal und wird nun so gedreht, dass der Knopf des Schlüsselhakens gegen den kindlichen Schädel sich bewegt, somit bei einer zweiten Schulterlage gegen unsere linke Hand, bei einer ersten Schulterlage gegen unsere rechte Hand, stets also gegen die deckende Hand hin sich zu drehen hat. Denn auch dadurch wird jede Bewegung des kindlichen Rumpfes vermieden. Der Druck aber, welchen der Knopf des Hakens bei diesen Drehungen gegen den kindlichen Hals ausübt und zwar in der

Richtung nach vorn, wird vollständig paralysirt durch den Gegendruck, welchen der Daumen unserer den Hals fixirenden Hand darbietet. Beweis dessen, dass in allen 3 Wiener Kliniken (Gustav Braun, Chrobak, Schauta) der Karl v. Braun'sche Haken zur Dekapitation stets mit dem besten Erfolge verwendet wurde.

Ich selbst trat im Mai 1887 meine Dienste in der Ersten geburtshilflich-gynäkologischen Klinik in Wien (damals unter der Leitung Karl v. Braun's, seit 1891 unter der Leitung Schauta's) an und verblieb bis Anfang März 1894 im Dienste. Während dieser Zeit ist eben so wenig wie — mündlichen Mittheilungen zufolge — später durch die Anwendung des Dekapitationshakens je eine Verletzung der mütterlichen Weichtheile zu Stande gekommen, und das will viel sagen, wenn man bedenkt, dass wir in Wien die Dekapitation nur in viel verzweifelteren Fällen ausführen, als dies in Leipzig geschieht, d. h. nur dann, wenn es sich bei todter Frucht um eine Einkeilung der Schulter und eine Überdehnung des unteren Uterinsegmentes handelt.

Nun hat mir sowohl Zweifel wie Füth vorgeworfen, ich hätte in ungerechter Weise über den Trachelorhekter abgeurtheilt, ohne das Instrument praktisch verwendet zu haben. Auch das möchte ich richtigstellen. Es ist mir nicht darauf angekommen, etwaige Mängel des Trachelorhekters festzustellen, sondern nur darauf hinzuweisen, dass es doch nicht angehe, für eine neue Methode Propaganda zu machen dadurch, dass man Mängel einer alten bewährten Methode, die eigentlich gar nicht zu Recht bestehen, als den Grund für die Nothwendigkeit dieser neuen Methode bezeichnet. Ich habe bloß dagegen Bedenken erhoben, ein Instrument wie den Trachelorhekter — und mag er seine Aufgabe noch so gut erfüllen — ungedeckt im Inneren des Geburtsschlauches arbeiten zu lassen, mit Rücksicht darauf, dass ein solches Instrument in der Hand des ungeübten praktischen Arztes leicht gefährlich werden kann. Ich glaube aber auch, dass wir in den Fällen, in welchen der Hals des Kindes nicht leicht zugänglich ist und wir uns dadurch helfen, dass wir die Eventration und eventuell die Durchsetzung des Rumpfes im Bereiche der Brustwirbelsäule machen müssen, mit dem Braunschen Instrumente besser auskommen werden, als mit dem Trachelorhekter. Aber ich will mich einer jeden weiteren Kritik des Zweifel'schen Instrumentes enthalten, so lange ich es nicht persönlich erprobt habe. Eine solche Kritik war aber auch nicht die Absicht meiner vor 4 Jahren erschienenen Publikation und ist nicht die Absicht der vorliegenden Zeilen. Ich wollte nur wieder einmal eine authentische Mittheilung über die Art und Weise geben, wie Karl v. Braun sein Instrument angewendet wissen wollte, und wie es angewendet werden muss, um keinen Schaden zu stiften. Schäden jedoch, die bei falscher Anwendung des Instrumentes entstehen, fallen wohl nicht dem Instrumente zur Last, und so haben wir vorläufig keine Ursache, dieses ausgezeichnete Instrument, welches

Küstner schon im Jahre 1880 als ein historisches angesehen wissen wollte, gegen ein anderes zu vertauschen, dessen Güte erst erwiesen werden muss.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 26. Oktober 1897.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Späth demonstrirt:

1) eine wegen Tubenabortes (5.—6. Woche) operativ entfernte Tube; glatter Verlauf.

2) einen myomatösen Uterus, entfernt nach der von Landau modificirten Doyen'schen Methode; glatter Verlauf.

Herr Staude demonstrirt einen am 3. Tage post partum entfernten carcinomatösen Uterus.

XIgebärende, vordere Lippe ergriffen, so dass $^1/_3$ des Muttermundes carcinomatös war; spontane, glatte Geburt eines lebenden Kindes. Aus äußeren Gründen wurde die Operation nicht gleich an die Geburt angeschlossen, sondern fand erst am 3. Tage danach statt. Nachdem der Uterus hervorgezogen, stärkere Blutung aus dem Ligament; provisorische Abklemmung mit Richelot'scher Klammer und nachträgliche Ligatur. Glatter Verlauf.

Herr Rose: Über konservative Adnexoperationen.

R. beschränkt sich auf die Besprechung aller derjenigen Operationen, die bei solchen Adnexerkrankungen, welche für viele Gynäkologen die Veranlassung zur Abtragung der Adnexe mit oder ohne Uterus sind, auf plastischem Wege oder mittels Resektion die Erhaltung der Konceptionsfähigkeit anstreben.

Es gehören hierher:

1) die Suspension prolabirter Ovarien (Pelvifixura ovarii),

2) die Auslösung der Adnexe aus peritonitischen Verwachsungen,

3) die Punktion von Ovarialcysten und Resektion erkrankter Ovarien,

4) die Tubenplastiken.

Verlagerung normaler Ovarien und auf ihre Einklemmung zurückgeführte Beschwerden sind, wenn sie keiner Behandlung weichen wollten, die Veranlassung für ihre Entfernung geworden. Sänger hat in 2 Fällen, Hirst in 3 Fällen mit günstigem Erfolge in etwas verschiedener Weise das Ovarium mobil an normaler Stelle suspendirt. Die Resultate sind noch wenige und nicht von genügend langer Dauer, um ein sicheres Urtheil abgeben zu können, aber günstig genug, um im gegebenen Falle die Pelvifixur der Exstirpation gegenüber als die bessere Methode erscheinen zu lassen, wenn sie nicht nur die Beschwerden hebt, sondern auch das Ovarium und seine Funktion rettet, jedenfalls aber dann, wenn eine Erkrankung des anderen Ovariums dessen Abtragung erfordert.

Peritonitische Verwachsungen der Adnexe, welche aller Behandlung trotzen, sind von Boisleaux vom hinteren Scheidengewölbe aus gelöst. Martin empfahl früher die Laparotomie mit Lösung der Verwachsungen als konservativer als die Abtragung, neuerdings haben er und Dührssen die Lösung mit Erfolg vom vorderen Scheidengewölbe aus vorgenommen. Olshausen hat mit bestem Gelingen die Ventrifixation auch auf fixirte Retroflexio uteri ausgedehnt. In einem Falle R.'s, in dem ein linksseitiger Tuboovarialtumor entfernt und die anscheinend gesunden rechten Adnexe aus vielfachen Verwachsungen gelöst wurden, mit Ventrofixation, konnte bei einer zweiten, von anderer Seite wegen einer hysterischen Lähmung des rechten Armes und Beines, welche mit dem rechten Ovarium von der Pat. in Zusammenhang gebracht wurde, vorgenommenen Laparotomie die Gesundheit der frei beweglichen Adnexe festgestellt werden.

Einzelne Fälle werden ja recidiviren, einzelne andere Operationen erfordern, die überwiegende Mehrzahl wird geheilt und normale Frauen bleiben. Die Frage ist berechtigt, ob der Schaden so groß ist, als wenn alle diese Frauen von vorn herein, namentlich in jüngeren Jahren, ihrer wichtigsten Funktion, beizutragen zur Erhaltung der Art, beraubt werden, um so mehr, da die radikalen Operationen neben den oft sehr quälenden Ausfallserscheinungen keineswegs immer ein günstiges Resultat geben, auch bei ihnen Nachoperationen manchmal nöthig werden.

Was die Erhaltung von Ovarialgewebe anlangt, so schließt sich R. im Wesentlichen den von Matthaei aufgestellten Indikationen an, nur im Falle einer kystomatösen Entartung an einem Ovarium bei nöthiger Entfernung des anderen konnte er sich nicht entschließen, Reste zurückzulassen. R. fügt zu den bekannten Resultaten Matthaei's und Pozzi's 11 Fälle Mackenrodt's, welche er als dessen Assistent nachzuuntersuchen Gelegenheit hatte. Alle bis auf 2 gebesserte ganz wohl.

Die konservative Behandlung der Ovarien hat in letzter Zeit mehr Freunde gewonnen, sie wird es um so mehr, je mehr die Anschauung zur Geltung kommt, dass die Ovarien nicht nur zur Fortpflanzung dienen, sondern für das Allgemeinbefinden von größter Bedeutung sind. Dafür ist die Organtherapie nur ein kümmerlicher Ersatz.

Weit weniger Anklang haben die Tubenresektionen gefunden. Nach Aufzählung der bisher veröffentlichten Fälle giebt R. eine Zusammenstellung von 13 Mackenrodt'schen Fällen aus den Jahren 1892—1894, von denen er 11 nachuntersuchen konnte. Die Resultate sind sehr befriedigende. Die Indikationen sind die von Martin aufgestellten, die Operationsweise etwas verschieden. Die Resultate Martin's und Mackenrodt's, zusammen 78 Fälle mit 2 Todesfällen, welche der Laparotomie als solcher zur Last fallen, 60 Heilungen mit 3 Schwangerschaften, 3 Misserfolgen — 13 waren nicht zu ermitteln —, sind so günstige, dass sie alle die gegen die Operation aufgestellten theoretischen Bedenken als hinfällig beweisen; sie sprechen mit überzeugender Kraft gegen die Berechtigung der von anderer Seite aufgestellten Indikation, bei gonorrhoischer Erkrankung der Adnexe der einen Seite auch die der anderen Seite mit zu entfernen.

R. ist der Ansicht, dass wir nicht das Recht haben, die Geschlechtsorgane zu entfernen, weil sie erkranken können — sie müssen es aber keineswegs —, sondern einzig und allein nur dann, wenn eine unheilbare Erkrankung vorliegt. Gonorrhoe ist aber nicht an und für sich unheilbar.

Diskussion: Herr Staude stimmt hinsichtlich der 1. Kategorie (entzündliche Erkrankungen) den Ausführungen des Herrn Rose im Allgemeinen bei. S. löst die entzündlichen Verwachsungen und erhält von Tube und Ovarien so viel wie möglich. Die Dauererfolge waren oft nicht sehr glanzvoll, indem nicht selten auf der anderen Seite Erkrankungen eintraten, welche nachher zwangen, eine abermalige Operation vorzuschlagen. Trotzdem stehe er auf dem Standpunkte: so viel erhalten, als sich nur irgend erhalten lässt. Bezüglich der 2. Kategorie, glanduläre Erkrankungen bezw. Neubildungen der Ovarien, hat S. nur einen Fall von Resektion der Ovarien, weil die Pat. bei beiderseitiger Erkrankung der Ovarien die Erhaltung der Konceptionsfähigkeit zur Bedingung gemacht hatte. Der Fall blieb recidivfrei und die Frau hat nachträglich geboren. Im Principe ist S. aber in solchen Fällen gegen partielle Resektion wegen der größeren Gefahr des Recidivirens.

Sitzung vom 9. November 1897.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Lomer demonstrirt:

1) Uterus mit multiplen Myomen; supravaginale Amputation, 1 Ovarium wurde zurückgelassen zur Vermeidung der Ausfallserscheinungen.

2) Einen 2fäustegroßen Ovarialtumor. Differentialdiagnose zwischen Ovarialtumor und Myoma uteri sehr schwer zu stellen. Auf die Diagnose »Uterusmyom«

wurde die Exstirpation von der Scheide aus angefangen. Als die Laparotomie dann einen ungemein stark mit Netz, Darm, Uterus und Beckenwand verwachsenen Ovarialtumor ergab, wurde nur dieser entfernt und die Umschneidung der Portio von unten her wieder vernäht. Glatte Heilung.

3) Das Präparat einer rupturirten Tubenschwangerschaft, durch Sektion gewonnen. Pat. erkrankte unter den Zeichen einer plötzlichen inneren Blutung, Puls 130. Frau starb auf dem Transporte zu der in der Nähe gelegenen Klinik.

Im Anschlusse an diesen Fall wirft L. die Frage auf, was die Anwesenden bei derartigen Fällen für Erfahrungen über die Gefahren des Transportes gemacht haben. L. glaubt, dass die Krankenwagen nicht alle gleich sind; in diesem Falle soll der Wagen sehr stark gestoßen haben, wie der Ehemann angab, der als Krankenwärter viele Transporte bewirkt hatte.

Herr Roesing fragt, wie das Herz beschaffen gewesen sei.

Herr Lomer: Das Herz wurde bei der Sektion nicht gewonnen, doch war die Frau vorher kerngesund.

Herr Staude las vor einiger Zeit eine Zusammenstellung von Extra-uterin-Schwangerschaften, welche in therapeutischer Hinsicht damit schloss: »Nur kein Transport in eine Klinik«.

Herr Rose lässt nach Ruptur und frischer Blutung in die freie Bauchhöhle nicht transportiren und glaubt, dass in ähnlichen Fällen sich die Frage nicht entscheiden lässt, ob der Tod wirklich durch den Transport veranlasst worden, da ein sehr plötzlicher Tod auch ohne Transport vorkommt.

Herr Lomer betont, dass die Tubenwand nur partiell eingerissen war und dass demgemäß die tödliche Nachblutung eben so auch bei ruhiger Bettlage hätte erfolgen können. Als Beleg erwähnt L. einen Fall, der so rapid tödlich verlief, dass der Ehemann, selbst Arzt, nicht mehr einen anderen Arzt zur Begutachtung hinzuziehen konnte. Im Anschlusse hieran demonstrirt L. ein von Herrn Dr. Simmonds durch Sektion gewonnenes Präparat des 1. Monates. Die Kranke war mit der Diagnose Cholera eingeliefert worden und starb beim Hineintragen ins Krankenhaus.

Herr Seeligmann bemerkt zur Anfrage des Herrn Roesing, er habe damals die Sektion ausgeführt und dabei den Eindruck gewonnen, dass die Frau sich in ihre Bauchhöhle hinein verblutet habe. Wenn man die von Herrn Staude citirte Meinung befolgen würde, könnte man nur im Hause der Pat. operiren; alsdann würde mancher Fall an Sepsis eingehen, die in der Klinik möglicherweise zu vermeiden wäre. Die polizeilichen Transportwagen scheinen thatsächlich verschieden zu sein, da in einigen der Transport ungemein sanft und schonend ist. Als Beleg hierfür kann S. über 2 Fälle von Extra-uterin-Gravidität berichten, die er in letzter Zeit behandelt hat und ohne Schaden transportiren ließ; beide Pat. hat S. später geheilt entlassen, die eine operirt, die andere unoperirt.

Herr Roesing: Künstliche Einleitung und Beschleunigung der Geburt.

Vortr. will weder eine historische Übersicht, noch eine vollständige Darstellung der heute üblichen Methoden geben. Er beschränkt sich auf Anführung der meist gebräuchlichen, seiner eigenen Erfahrungen mit denselben und einiger neuerdings empfohlenen Methoden. Man kann den Uterus durch den Gesammtorganismus hindurch nur lokal oder auf beiden Wegen erregen. Auf ersterem Wege wirken alle Medikamente, die Bäder und die Elektricität. Medikamente scheinen alle nur in großen und toxischen Dosen wirksam, sind dabei aber noch unsicher eben so wie Bäder und Elektricität. Lokal ist zweitens der Uterus zu erregen von der Scheide durch Tamponade, Kolpeuryse oder Duschen. Die Wirkung scheint nur eine kumulirende; sodann durch Dilatation der Cervix mittels verschiedener Instrumente, Quellmittel und blutige Operationen. Diese wirken zur Einleitung des Abortes gewöhnlich genügend, bei vorgeschrittener Schwangerschaft dagegen muss auf die Innenfläche des Uterus selbst der Reiz ausgeübt werden. Am besten bewährt sich die Krause'sche Methode, ev. mit mehreren Bougies

(Blasenstich!). Die Injektionsverfahren sind gefährlich. Sind Wehen eingetreten und soll die Erweiterung beschleunigt werden, so bewährten sich Gummiballons, Tarnier's Ekarteur und die Einleitung des Kindsbeines ev. nach kombinirter Wendung. Dieselbe ist, wie die Blasensprengung, gefährlich für das Kind. Alle diese können mit Zug verstärkt werden. Auch das Kind verträgt denselben, falls er konstant geschieht, anscheinend ohne Schaden, wie Vortr. Dührssen bestätigen kann. Der von Mäurer eingeführte Zug ist ein entschiedener Fortschritt; die von Champetier de Ribes und Müller empfohlenen Ballons mit starrer Wandung dürften besser als elastische wirken. Die verschiedenen Methoden sind entsprechend dem Falle nach einander oder kombinirt anzuwenden, dann wird man meist ohne blutige Eingriffe auskommen, die stets thunlichst zu vermeiden sind. Nur die Episiotomie ist ein entschieden rationelles und noch nicht genügend gewürdigtes Verfahren, da es der Rectocele vorbeugt, die nach auch gut geheiltem Dammrisse leichter entsteht.

Sitzung vom 23. November 1897.

Vorsitzender: Herr Lomer; Schriftführer: Herr Schrader.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Roesing: Künstliche Einleitung und Beschleunigung der Geburt.

Herr Rose tritt der Ansicht des Vortr., dass die forensische Medicin Secale und die anderen innerlichen Mittel als Abortivmittel an sich ansehe, entgegen, da nach Hoffmann's Gerichtlicher Medicin diese Mittel nur geeignet seien, Abort herbeizuführen, wenn eine allgemeine Vergiftung eintrete. Schon der Versuch, einen Abort einzuleiten, sei nach dem Gesetze strafbar.

Die Füllung des Kolpeurynters geschehe leicht mittels eines Irrigators. Der in den Schlauch des Kolpeurynters eingesetzte Hahn werde manchmal durch Innendruck herausgepresst, besser sei eine Klemme am, oder ein Knoten im Schlauche als Verschluss.

Als Beweis, dass der vom Vortr. als kräftigstes Wehen erzeugendes Mittel betrachtete Fruchtwasserabfluss auch im Stiche lassen könne, führt R. einen Fall von Placenta praevia centralis an, in dem er bei für 2 Finger durchgängigem Muttermunde durch die Placenta hindurch einging, die Wendung machte und mit dem herabgezogenen Beine die Blutung zum Stehen brachte. In 22 Stunden traten dann trotz $1^1/_2$ Stunde am Beine während der Wehen ausgeübten Zuges keine erfolgreichen Wehen ein. Die gefahrdrohende Anschwellung und Verfärbung des herabgeholten Beines machte die Extraktion des lebenden Kindes nöthig. Enorme Nachblutung, welche 2mal Tamponade erforderte. Günstiger Verlauf für Mutter und Kind. Einen mit Gewicht belasteten Gummischlauch um den Fuß des Kindes zu legen, um einen dauernden Zug am Unterschenkel auszuüben, hält R. für nicht unbedenklich für die Ernährung des Fußes, jedenfalls ist eine beständige Kontrolle nothwendig.

Mit 1—2 g Secale hat R. bei Mehrgebärenden bei vollständig erweitertem Muttermunde und tiefstehendem Kopfe, wenn ein durch zu schwache oder fehlende Wehen bedingter Stillstand der Geburt durch die gewöhnlichen Wehen befördernden Mittel nicht beseitigt werden konnte, wiederholt in so fern günstigen Erfolg gehabt, als sich darauf nach 10—15 Minuten Wehen einstellten, welche die Geburt beendigten. Üble Nebenwirkungen hat R. bei diesen Dosen nicht beobachtet.

Herr Seifert hat in einem Falle, wo Alles im Stiche gelassen hatte, endlich Erfolg durch Blasensprung gehabt.

Herr Windmüller: In der Privatpraxis haben wir jetzt Alle den Blasensprung als gutes Wehenmittel schätzen gelernt. Während der Studienzeit vor ca. 30 Jahren hieß es, der künstliche Blasensprung solle erst gemacht werden bei völlig erweitertem Muttermunde, später hieß es, auch dann noch sei die Fruchtblase zu erhalten.

Herr Roesing hält die methodische Einleitung der Geburt durch den Blasenstich für ein zweischneidiges Schwert.

Herr Schrader tritt dieser Ansicht entgegen und erinnert daran, dass der Blasenstich neuerdings von der Wiener Schule sehr empfohlen ist, und dass die veröffentlichten Resultate den Vergleich mit denen jeder anderen Methode aushalten können. Was die vom Vortr. gefürchtete vorzeitige Lösung der Placenta nach dem frühen Blasenstiche anlange, so ist S. der gegentheiligen Ansicht, dass der frühe Blasenstich diese Lösung geradezu verhindere. So lange die Blase erhalten, ziehe sich der Uterus über die untere Eispitze zurück, wobei die Lösung des unteren Eipoles selbst bei wenig erweitertem Muttermunde oft die hochsitzende Placenta erreicht und schließlich auch den untersten Theil derselben löse, wenn die Lösungszone noch weiter hinaufschreite. Wenn bei spätem Blasensprunge die Kinder nicht trotzdem oft todt geboren werden, so liege das daran, dass für gewöhnlich ein verhältnismäßig kleiner Theil der Placenta für das Sauerstoffbedürfnis des Kindes genüge.

S. sieht aus diesen Gründen den frühen Blasensprung gern und macht ihn auch häufig, wenn sonst keine Kontraindikationen vorliegen (z. B. fehlerhafte Kindeslage).

Ist die Blase gesprungen, so sistirt die Lösung des unteren Eipoles und der Uterus zieht sich nur über den vorliegenden Kindestheil zurück. Die Lösung der Placenta setzt erst wieder ein, wenn das Kind ganz aus dem Uterus heraus ist. S. steht daher auf dem Standpunkte, je früher der Blasensprung, desto besser für das Kind und desto glatter das Nachgeburtsgeschäft.

Herr Lomer hat in einem Falle Zwecks künstlichen Abortes (5. Monat) in 3 Tagen 16 g Secale gegeben, ohne Erfolg. Es gebe jedoch in der That medikamentöse Abortmittel; so hörte L. auf Reisen in Java, dass dort zu diesem Zwecke Darmmittel gegeben werden, bis blutige Stühle eintreten und auch dann werden noch mehrere Wochen andere Abführmittel gegeben, bis der Abort eintritt.

Chinin gilt bei englischen Ärzten als Wehen erregendes Mittel und er halte es auch dafür. Morphin ist nach Schröder ein Wehen regulirendes Mittel. Pulv. Doweri wirke in den von Herrn Roesing angegebenen Mengen wohl vorwiegend wegen seines Gehaltes an Ipekakuanha, welches Erbrechen hervorrufe; wenn aber Erbrechen bei einer Geburt sich einstelle, dann werden auch die Wehen besser.

Das Secale während der Geburt hält L. für sehr zweischneidig, indem, zu früh verabreicht, das Kind leicht abstirbt, und dies könnte für einen Arzt leicht einmal forensische Folgen haben. L. giebt es nur bei völlig erweitertem Muttermunde und dann mit Opium zusammen. In diesem Falle kontrollirt L. sehr genau die Herztöne und verlässt das Gebärzimmer nicht mehr.

Herr Jaffé berichtet von einer Holländerin, welche ihm mittheilte, dass sie bei sich selbst mit Sabina den Abort hervorgerufen und dass dies in Holland ein sehr gebräuchliches Mittel sei. J. erinnert daran, dass Secale von Schatz 1889 direkt als Wehenmittel empfohlen worden sei. Guttzeit habe vor ca. 30 Jahren empfohlen, mit der Kornzange die Cervix nach 4 Seiten durch Aufspannen zu dilatiren.

Herr May warnt ebenfalls vor dem Verabfolgen von Secalepulvern an die Hebammen und erinnert an einen forensischen Fall, bei dem Uterusruptur eingetreten war, die auf das Secale zurückgeführt wurde.

Herr Roesing war 1 Jahr nach der Empfehlung des Secale bei der Geburt durch Schatz bei demselben Volontärarzt, und damals verwarf Schatz stets Secale, wenn noch etwas vom Kinde oder der Placenta in utero war. Jedenfalls muss Schatz wieder davon abgekommen sein.

Herr Seeligmann: In v. Winckel's Klinik wurde Secale ebenfalls nur bei leerem Uterus gegeben.

Herr Rose: Bei tiefstehendem, zangenrechtem Kopfe ist das Secale wohl erlaubt, jedoch sei er gegen die Verabfolgung an die Hebammen.

Herr Lomer will in diesem Falle nichts gegen das Secale sagen. Bezüglich der mechanischen Dehnung des Muttermundes durch Kornzange warnt L. davor,

dies zu thun und dann die Geburt der Natur zu überlassen. L. sah selbst einen tödlichen Fall bei Einleitung des Abortes bei bereits macerirter Frucht. Der Metraneukteur Schatz' kam desshalb auch sehr bald in Verruf. Wenn man mechanisch erweitere, dann soll man gleich ordentlich ausräumen.

Schluss der Diskussion.

Herr May fragt, ob der Arzt strafbar ist, wenn er von der Hebamme zu einer Steißlage gerufen und dann nach der Diagnose wieder weggeht und das Kind abstirbt.

Herr Rose glaubt, dass der Arzt verantwortlich gemacht werden kann.

Herr Schrader: Die Hebamme ist zwar nach ihrer Instruktion gehalten, die Herbeirufung eines Arztes zu veranlassen, das verpflichtet aber den Arzt noch nicht, nun auch ev. 3 Tage bei der Gebärenden zu bleiben. Dem Gesetze gegenüber genügt es, wenn der Arzt vor seinem Weggange für alle Fälle der Hebamme ausdrücklich die Erlaubnis giebt, das Kind sachgemäß zu entwickeln, wenn es an der Zeit sein sollte. Die Hebamme hat diese Manipulationen im Unterrichte gelernt und somit hat die Gebärende sachgemäßen Beistand.

Herr Lomer: Dem Publikum gegenüber behält der Arzt die Verantwortung.

Sitzung vom 7. December 1897.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Staude demonstrirt einen nach Stieltorsion (2malige Achsendrehung) entfernten rechtsseitigen Ovarialtumor. Bestätigung des Küstner'schen Gesetzes (»rechtsspiralige Drehung«). In den Stiel ging der Proc. vermif. hinein und hatte man den Eindruck, als ob der Processus verdickt wäre; es war ein stark erweitertes, dem Lig. latum angehöriges Gefäß mit verdickten Wänden, welches den Anschein erweckt hatte. Nach Abtrennung des Proc. vermif. wurde der Stiel mit Katgut übernäht und versenkt. Im Wurmfortsatze nichts Pathologisches.

Herr Seeligmann: Über die Resultate der Oophorinbehandlung bei gynäkologischen Erkrankungen.

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblicke über die Organotherapie im Allgemeinen und über die mit Eierstockssubstanz zur Heilung der Ausfallserscheinungen nach Oophorektomie und bei klimakterischen im Besonderen berichtet Vortr. eingehend über 15 hierher gehörige Fälle, in denen Oophorintabletten zur Anwendung kamen:

2 Pat., bei denen die Porro-Operation gemacht worden war, und eine doppelseitig Kastrirte litten stark durch die typischen Ausfallserscheinungen. In einem Falle schwanden die Unruhe, fliegende Hitze etc. völlig, bei den anderen 2 Kranken trat gleichfalls Besserung ein.

9 Frauen wurden wegen Beschwerden der beginnenden Klimax behandelt: hiervon wurden 4 gebessert, darunter 1mal als Komplikation Nervenschmerz im Gebiete des N. ischiadicus, welcher gleichfalls gebessert wurde, 2mal bestand die Menopause bereits 4—5 Jahre, 1mal erst seit 2 Monaten (42 Jahre alt), hier traten nach den Tabletten die Menses wieder regelmäßig in 4wöchentlichen Zwischenräumen auf, auch die Libido sexualis kehrte wieder.

In 2 anderen Fällen trat keine so prompte Besserung ein, jedoch soll die eine Pat. noch weiter einnehmen.

In einem weiteren Falle trat an Stelle der Menses alle 4 Wochen ein psoriasisartiger Ausschlag auf. Chrysarobin bewirkte im Vereine mit den Tabletten Dauerheilung.

Bei einer Pat. bestand trotz früher ausgeführter Strumektomie hochgradiger Morbus Basedowii; derselbe schwand nach den Oophorintabletten, womit sich dieser Fall an 2 ähnliche, bereits anderweitig besprochene Fälle des Vortr. anreiht.

Auf Grund seiner Beobachtungen schließt sich S. der Meinung Brown-Séquard's an, dass das Ovarium noch eine besondere Substanz oder Substrat

bildet (»innere Sekretion«), welches der Körper benöthigt, und dass diese Substanz, dem Körper in den Oophorintabletten zugeführt, lindernd und heilend wirke.

(Der Vortrag wird in extenso anderweitig publicirt.)

Diskussion: Herr May fragt, in welchen Tagesdosen die Tabletten gegeben werden und ob störende Nebenwirkungen eintreten.

Herr Seeligmann: Von der Ovarialsubstanz vom Schafe, wie man sie im Schlachthause gewinnt, kann man 2—3 Ovarien geben, ohne Schädigung zu beobachten, da diese keine Erscheinung analog der Thyreoidea mache; von den Berliner Tabletten können mehrere, von den englischen nur 1—2 pro die genommen werden, da sonst leicht Kopfschmerz und Magendrücken entsteht.

Herr Ratjen: Die Beschwerden nach Entfernung der Ovarien sind oft sehr ernst und der Ausgang zuweilen sehr traurig. R. berichtet über einen Fall, wo eine junge Pat. schließlich ins Irrenhaus kam. Schließlich fragt R., ob die Präparate nur vom Schafe stammen, ferner, ob die in dem einen Falle von Beschwerden der Klimax vorhandenen Gichtknoten nach Ovarin nachweislich geschwunden sind.

Herr Seeligmann: Von englischen Fabrikanten erhalte man Tabletten vom Schafe und Schweine, je nach Wunsch. Die Gichtknoten verschwanden zwar nicht, jedoch schwanden die gichtischen Beschwerden.

Herr Rose gab in einem Falle von klimakterischen Beschwerden nur 6 Tabletten, obwohl von Landau 15 pro die empfohlen worden sind. Der Erfolg sei sehr gut und die Frau seit 6—8 Wochen beschwerdenfrei.

Herr May fragt, ob auch bei Amenorrhoe jugendlicher Individuen gute Resultate beobachtet worden sind.

Herr Seeligmann hat nur einen Fall derartig behandelt und sah ein günstiges Resultat.

Herr Staude sah bei 4 Fällen von Amenorrhoe jugendlicher Individuen (3 Frauen Anfangs der 20er und 1 Mädchen) promptes Fiasko. Das Mädchen behielt ihre epileptiformen Anfälle, die 3 Frauen ihre Amenorrhoe wie auch ihre Adipositas.

Herr Roesing hat theoretische Bedenken gegen die Heranziehung der »inneren Sekretion der Ovarien« zur Erklärung der Wirkung der Oophorintabletten. Er glaube, dass die Autoren, welche eine solche supponiren, dabei an die direkte Beeinflussung des Körperchemismus durch eine vitale Thätigkeit des Ovariums denken, als eine intracellulare Thätigkeit etwa nach Art von Enzymwirkung. Nur wenn man glaubt, dass das Ovar dabei einen Körper producire oder schon selbst in seinem Gewebe enthalte, welcher für den Organismus wichtig sei, wie etwa die Schilddrüse das Thyrojodin, nur dann könne man sich die Beseitigung der Ausfallserscheinungen durch Darreichung von Oophorin direkt erklären. Fasst man aber die Lebensfunktion als Hauptsache auf, so bleibt uns die Oophorinwirkung dunkel.

Herr Seeligmann glaubt nicht, dass es sich dabei um die »vitale Thätigkeit« des Ovariums an sich handelt, sondern um das Resultat der sog. »inneren Sekretion« desselben, um ein Substrat, das von den Eierstöcken neben dem Ei secernirt wird, analog dem Sekrete der Gland. thyreoidea, und das ebenfalls von der Lymph- und Blutbahn aufgenommen wird. Die Natur dieses Substrates kennen wir noch nicht, doch können wir uns vorstellen, dass seine Wirkung auf den Körper ähnlich der eines starken Alkaloides sei. Vielleicht ist es ein jodhaltiger Körper, der dem Jodothyrin verwandt ist. Er lasse jetzt diesbezügliche Untersuchungen anstellen, deren positiver Ausfall einen wichtigen Schluss auf die Beziehungen der Schilddrüse zum Eierstocke zuließe.

Herr Schrader räth, die Berichte von Erfolgen bei klimakterischen Beschwerden nur mit Vorsicht aufzunehmen, da nicht selten auch ohne jede Medikation die lästigsten Beschwerden schwänden. Ein zu großer Optimismus in der Deutung von Heilerfolgen schade nur der neuen Methode. Die Organotherapie fange bereits an, merkwürdige Blüthen zu treiben. So habe sich ein sog. »Forscher« gemüßigt

gesehen, ledigen Mädchen gegen Hysterie den Extrakt aus den Hoden junger, kräftiger Stiere einzuverleiben. Solche naiven Versuche können die Organotherapie nur diskreditiren.

Herr Seeligmann: Die Frage, ob die Oophorintabletten auch gegen die Beschwerden der natürlich einsetzenden Menopause helfen oder nicht, lasse sich schon entscheiden, wenn über eine genügende Anzahl von Fällen von gewissenhaften Beobachtern berichtet würde. Die Organotherapie, die von Forschern wie Kocher, Schiff, Horsley, Chrobak u. A. schon jetzt anerkannt und warm empfohlen worden sei, könne durch eine Arbeit, wie die von Herrn Schrader erwähnte, nicht mehr diskreditirt werden.

Herr Kümmell: Man stellt oft an neue Methoden zu ausgedehnte Anforderungen. Doch habe die Organotherapie bei Struma den sicheren Beweis erbracht, dass sie helfe. Ob dies für das Ovarium zutrifft, ist noch fraglich, aber da diese Behandlung keinen Schaden bringt, so hält K. es für Pflicht, sie zu versuchen und nach einiger Zeit dieses Thema hier wieder zur Diskussion zu stellen.

Herr Ratjen erwähnt bezüglich der Sperminbehandlung, dass er in einem Falle zwar Besserung sah, jedoch glaube, dass hier vielleicht Suggestion vorlag, da das Mittel in einer Reihe von Fällen vollständig im Stiche ließ.

Sitzung vom 21. December 1897.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Seeligmann demonstrirt einen durch vaginale Totalexstirpation gewonnenen myomatösen Uterus: theilweise Vernähung des Peritonealschlitzes, Drainage des Douglas mit Jodoformgaze, deren Entfernung am 6. Tage. Glatte Heilung.

Herr Hertz fragt, warum nicht die ganze Wunde geschlossen worden ist und warum der Drain eingelegt wurde.

Herr Seeligmann fürchtete, mit dem letzten Stiche ev. den Darm zu fassen; im Übrigen drainire er stets und sei mit den Resultaten zufrieden.

Herr Hertz: In der Würzburger Klinik wurde nur in folgenden Fällen drainirt: nach Pyosalpinxoperationen, wenn dabei Eiter ausgeflossen, nach geplatzter Dermoidcyste und bei Verletzung der Blase, sonst wurde das Peritoneum stets geschlossen, was immer unter Kontrolle des Auges geschieht.

Herr Seeligmann betont die Vorzüge der Drainage.

Herr Kümmell: Beide Wege (Schluss und Drainage) führen zum Ziele, seit etwa 2 Jahren schließe er weder, noch drainire er die Bauchhöhle, sondern tamponire nur die Scheide und ist damit ganz zufrieden; 14 Tage p. op. ist die Wunde immer geschlossen. K. hält die Drainage eher für nachtheilig.

Herr Staude hat mit Ausnahme nur weniger Fälle von vorn herein die Bauchhöhle principiell geschlossen. S. drainirte nur, wenn sich das Peritoneum so weit zurückgezogen hatte, dass er es nicht mehr erreichen konnte. Vom Schlusse des Peritoneums habe er nie Nachtheile gesehen. Ist Infektion erfolgt, dann nütze auch eine noch so große Drainageöffnung nicht, die Peritonitis erfolge doch. Angst vor dem Anstechen des Darmes habe er nicht.

Herr Seeligmann: Von Berliner Operateuren sind Darmverschlüsse beobachtet worden durch Sich-Anlegen des Darmes und Adhäsionsbildung an die oberen Partien der Lig. lata, welche zurückgeschnellt sind. S. glaubt, dass, wenn die Jodoformgaze über diese Partien gelagert wird, dadurch das Anlegen des Darmes an die Wunde durch die Jodoformgaze verhindert werde.

Herr Staude: Diese Fälle von Ileus wurden gerade auf die Tamponade zurückgeführt. Das Peritoneum wird ja herausgezogen und ordentlich geschlossen, so dass von der Bauchhöhle aus gesehen von der Wunde nichts zu sehen ist, somit kann daselbst eine Verklebung zwischen Darm und Wunde gar nicht stattfinden.

Herr **Lomer** hat in ca. 30 Fällen drainirt, nur 1mal Tod 1 Stunde p. op. an Herzschwäche, kein Todesfall an Sepsis. L. drainirt, um die Operation abzukürzen.

Herr **Kümmell**: In der That lässt sich die Operation dadurch abkürzen.

Herr **Lomer**: Man beobachtet nach der Tamponade eine reichliche blutig-seröse Absonderung, welche durch den Tampon hervorgerufen wird und welche L. auf das Peritoneum zurückführt und für günstig hält.

Herr **Schrader** möchte diese Absonderung auf eine parenchymatöse Blutung aus dem Gewebe zwischen Scheidenepidermis und dem Peritoneum besonders des Douglas zurückführen, welches nicht genügend abgebunden ist.

Herr **Lomer**: Dann wäre es Blut und nicht eine vorwiegend seröse Absonderung.

Herr **Schrader**: Die Blutkörperchen werden durch die Gaze wie durch ein Filter zum Theil zurückgehalten.

Herr **Staude** führt diese Absonderung ebenfalls auf das Beckenbindegewebe zurück, da das Peritoneum sich unmittelbar gleich durch Verklebung schließt. S. berichtet Fälle, wo er diese Verklebung sehr bald nach der Operation nachweisen konnte.

Herr **Kümmell** hält die Jodoformgaze, selbst extra entfettete, für ein ganz ungeeignetes und unzulängliches Drainagemittel, indem er sogar Verhaltung der Wundsekrete durch die Drainage beobachten konnte.

Schluss der Diskussion.

Herr **Staude** demonstrirte einen nach **Schuchardt's** Schnitten entfernten Uterus, dessen Entfernung, weil das rechte Ligament etwas infiltrirter war, als man Anfangs annahm, einige Schwierigkeit hatte. Peritonealnaht. Heilung. Dabei erwähnt S. noch 2 Fälle von **Schuchardt**-Operation, die große Schwierigkeiten boten und in Folge dieser Schwierigkeit zu Grunde gingen, die eine am Tage p. op., die andere an Peritonitis.

Herr **Kümmell** empfiehlt in Fällen, wo das Carcinom weit auf die Vagina übergegangen, sehr das glühende Messer.

Harnorgane.

2) **Krahn** (Berlin). Über einen Fall von sekundärer Hydronephrose in Folge von Blasenpapillom.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 39.)

Der interessante Fall betrifft Pat. von 49 Jahren, vor 5 Jahren zum 1. Male Blut im Urin bemerkt. Seitdem trat wiederholt, zuletzt in kürzeren Zwischenpausen, Hämaturie ein. Bereits vor 3 Jahren wurde ein rechtsseitiger Nierentumor konstatirt, welcher allmählich an Größe zunahm. Cystoskopisch ließ sich ein Papillom an der rechten Uretermündung nachweisen. Diagnose: Sekundäre Hydronephrose in Folge Versetzung der Uretermündung durch einen Blasentumor. Sectio alta. Abtragung eines hühnereigroßen Papilloms an der rechten Uretermündung mittels galvanokaustischer Schlinge. Energische Kauterisation der Stielwurzel mit dem Paquelin. Schluss der Blase durch **Czerny-Lembert**'sche Naht bis auf den untersten Wundwinkel, durch welchen ein Drain in die Blase geführt wird. Dauerkatheter. Heberdrainage von oben und unten. Glatte Genesung. 19 Tage p. op. war die Hydronephrose völlig verschwunden.

Graefe (Halle a/S.).

3) **H. Morris.** Über Hydronephrosen mit besonderer Berücksichtigung der Stenosen des Ureters.

Schon im Jahre 1876 konnte M. 47 Fälle von Hydronephrosen sammeln, unter denen 26mal ein Hindernis im Ureter nachgewiesen werden konnte. Die Schwie-

rigkeiten der Passage wurden durch Schleimhautfalten, Knickungen, Kompression von Seiten der Arter. renalis oder von Lymphdrüsen oder Bändern, durch Nierensteine und schließlich durch narbige Verengerungen bewirkt. In den letzten Jahren hat Verf. 5 hierher gehörige Erkrankungen gesehen und betont, dass Erkrankungen des Ureters bestehen können, die große Tumoren und sekundäre Wandernieren hervorrufen, dass dieses aber nicht immer eintritt. Tumoren von Orangengröße entgehen dem sicheren Nachweise. Die Stenose des Ureters hat gewöhnlich ihren Sitz an der Vereinigungsstelle des Ureters mit dem Nierenbecken; zuweilen liegt ein angeborener Fehler vor. Schwangerschaft, Entzündungen im Becken u. dgl. mehr bilden zeitweise Hindernisse für den Urinabfluss und bewirken dadurch Ausdehnungen des Nierenbeckens, welches als der schwächste Punkt der Harnwege anzusehen ist. Jedoch kommen auch Aussackungen des Ureters ohne Betheiligung des Nierenbeckens vor. Frauen in den 30er Jahren scheinen am häufigsten derartige Leiden zu haben und zwar meist am rechten Ureter.

Neben den bekannten Erscheinungen sah M. bei einer Frau eine große Empfindlichkeit der äußeren Genitalien. Körperliche Bewegungen können einen typischen Krampfanfall bewirken. Der nach der Urinverhaltung entleerte Harn enthält nicht selten rothe Blutkörperchen und oxalsaure Salze. Zuweilen hat man ausgesprochene Beschwerden von Seiten der Blase. Auch hat man sich stets zu erinnern, dass Verschlimmerungen zur Zeit der Periode oft vorkommen, um Fehldiagnosen zu vermeiden. . Für die operative Behandlung ist zu bemerken, dass vom Ureter jedes Mal 1 Zoll und darüber unterhalb des Nierenbeckens, von einem Einschnitte der hinteren Wand des Nierenbeckens, klar gelegt, und falls hier kein pathologischer Befund erhoben wird, eine Sonde nach der Blase vorgeschoben werden soll. Bei Wandernieren fand M. mehrere Male spiralige Windungen oder Einkerbungen mit Verdickungen der Ureterwand bei erhaltenem Lumen. Findet man bei Klappenbildungen des Ureters mit der Sonde von oben nicht den Eingang, so soll unterhalb der Verengerung der Ureter incidirt und von hier aus sondirt werden. In der nun folgenden Besprechung der bekannten Operationen am Ureter und am Nierenbecken wird die Alsberg'sche Dilatation verworfen, eben so die von Pawlik und Kelly für tief sitzende Strikturen empfohlene, weil das Vorgehen schwierig, unsicher und für den Kranken enorm schmerzhaft sei. **Rissmann** (Osnabrück).

4) **Griwzow** (Sebastopol). Beitrag zur Kasuistik der außergewöhnlichen Lokalisationen der allgemeinen Syphilis. 2 Fälle von syphilitischer Cystitis.

(Monatsberichte über die Gesammtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates Bd. IV. Hft. 8.)

In beiden Fällen trat die syphilitische Cystitis im tertiären Stadium auf, einmal bei einer 42jährigen Frau neben gleichzeitig bestehender Leberlues, das 2. Mal bei einem 30jährigen Manne mit Perforation des harten Gaumens. Charakteristisch war die schwache Reaktion des Gesammtorganismus, das Vorherrschen desquamativer Erscheinungen gegenüber den entzündlichen (sehr viele Blasenepithelien; wenige rothe Blutkörperchen aus Eiterkörperchen) und der geringe Grad der Harnzersetzung. In beiden Fällen war die Blase als ein die Symphyse wenig überragender Tumor zu tasten. Die antiluetische Therapie hatte vollen Erfolg, nachdem die von anderer Seite angewandten Mittel, wie sie bei Cystitis üblich sind, sämmtlich absolut versagt hatten. Wunderbarerweise ist keine cystoskopische Untersuchung vorgenommen worden, die doch vielleicht noch näheren und sichereren Aufschluss über die Blasenaffektion hätte geben können, besonders da Verf. selbst das Vorhandensein gummöser Processe der Blasenwand vermuthet.

Stoeckel (Bonn).

5) **Sipman-Wulf** (Berlin). Beobachtungen bei einer vor 14 Jahren Nephrektomirten.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd, X. Hft. 9.)

Verf. konstatirte bei einer Frau, die vor 14 Jahren eine linksseitige Nephrektomie überstanden hatte, vermittels der Röntgenstrahlen eine erhebliche kompensatorische Hypertrophie der rechten Niere. Der cystoskopische Befund ergab eine divertikelartige Ausstülpung des rechten Ureters von Haselnussgröße, die den Kontraktionen entsprechend periodisch auftritt, um immer einer folgenden Kontraktion und Abflachung Platz zu machen. Diese cystenartige Erweiterung des unteren Ureterentheiles war vielleicht bedingt durch Drucksteigerung in Folge der vermehrten Urinausscheidung. Angestellte Stoffwechselversuche ergaben, dass die Pat. sich im Stickstoffgleichgewicht befand; Einführung größerer Eiweißmengen führten zu entsprechend erhöhter N-Ausscheidung im Urin. Endlich wurde die Durchgängigkeit für Methylenblau erprobt und gefunden, dass der Farbstoff bereits $^1/_2$ Stunde nach der subkutanen Injektion, also vorzeitig, auftrat, und dass die Dauer der Ausscheidung eine verlängerte, über 4 Tage sich hinziehende war. **Stoeckel** (Bonn).

6) **F. Wuhrmann** (Kilchberg-Zürich). Beiträge zur Pathologie und Diagnose des Ren mobilis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. tritt warm für die Palpation der Niere im Stehen ein. Das Resultat dieser Methode unterscheidet sich von dem an liegenden Personen gewonnenen durchaus und liefert für die Diagnose werthvolle Charakteristica. Man erhält dann nämlich stets dieselbe und zwar die maximale Nierenwanderung. Neben der maximalen Senkung findet man eine Drehung der Niere um ihren frontalen Durchmesser um 90—100°, so dass also Nieren- und Körperlängsachse annähernd einen rechten Winkel zu einander bilden. Die Niere wird ferner dadurch sicher erkannt, dass der gefühlte Tumor sich mit seiner Längsachse in die senkrechte Stellung zurückdrehen und an den normalen Nierenstandort hinaufschieben oder -schnellen lässt. Diese Drehung der Niere bei aufrechter Stellung ist es andererseits, die schmerzhafte Zerrungen der Ureteren, Nerven und Gefäße hervorruft. Eine Leibbinde, die die Bandagenwirkung der Bauchdecken verstärkt, wird dieser Drehung entgegenwirken; nur muss sie im Liegen angelegt werden, bevor die Niere die abnorme Stellung eingenommen hat. Eine Senkung dagegen vermag die Binde nicht zu verhindern. Gegen diese hilft nur eine Nephrorrhaphie mit Annähung der Niere in ihrer ganzen Länge. Von dem Erfolge dieses Eingriffes ist Verf. so überzeugt, dass er schwer arbeitenden Pat. von Anfang an die Nierenannähung empfiehlt, wenn sich eine beträchtliche Senkung entwickelt hat. Was diesen Enthusiasmus für diesen Eingriff gezeitigt hat, ist aus der Tabelle der 25 beobachteten Fälle nicht recht ersichtlich; denn wenn er auch den Pat. die Operation häufig genug empfohlen hat, zur Ausführung konnte er sie nur 3mal bringen, und auch diese Erfolge sind zu kurze Zeit kontrollirt, um große Beweiskraft zu besitzen. **Calmann** (Hamburg).

7) **P. Bazy** (Paris). Über schwere Formen von Wanderniere und nephroptosische Kachexie; deren Behandlung mittels Nephropexie.

(Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1899. No. 2.)

Man hat eine 1) schmerzhafte; eine 2) neuropathische und eine 3) dyspeptische Form von Wanderniere beschrieben; die einzelnen Formen kombiniren sich oft; haben wir an demselben Individuum die Zeichen z. B. der schmerzhaften und dyspeptischen Form, so haben wir es mit einer schweren Erkrankung zu thun, die unter dem Bilde einer nephroptosischen Kachexie verläuft. Die Beweglichkeit der Niere ist oft eine minime, allein die Kranken sind unfähig zu gehen und zu verdauen. Die Nephropexie hat in diesen Fällen vorzügliche Resultate ergeben.

3 Krankengeschichten werden detaillirt mitgetheilt; 3 Heilungen, die sich aber erst nach kürzerer oder längerer Zeit post operationem einstellen. Schlussfolgerungen: die »ptosische und wandernde Niere verursacht Symptome, die in solchen schweren Erscheinungen bezüglich Schmerzanfällen und Verdauungsstörungen auftreten, dass es wohl angebracht erscheint, eine besondere Gruppe von »schweren Formen von Wanderniere« aufzustellen.

Das ganze Krankheitsbild kann man unter dem Namen »nephroptosische Kachexie« zusammenfassen.

Diese Kachexie hängt aufs engste mit der Ptose und der Beweglichkeit der Niere zusammen und verschwindet nur mit der Heilung der letzteren; alle anderen Behandlungsverfahren als das operative bleiben ohne Resultat.

Dieses Unvermögen des therapeutischen medikamentösen Handelns ist die sichere Probe der direkten Abhängigkeit, die zwischen dem Allgemeinzustande und der Wanderniere besteht.

Die Fixation der Niere, d. h. die Nephropexie, ist die erste und oft einzige Behandlungsmethode.

Die Heilung tritt nicht sofort ein; sie kann 1, 2, ja selbst 6 Monate auf sich warten lassen.

Das operative Verfahren besteht darin, dass man die Niere direkt an die interkostalen Muskeln fixirt, so wie an die vordere Fläche der letzten Rippen; weiter wird die Fettkapsel an der letzten Rippe gleichsam aufgehängt. Dieses Verfahren könnte man unter dem Namen »Nephropexie en hamac« d. h. »Nierenbefestigung in der Hängematte« bezeichnen. **Beuttner** (Genf).

8) **H. Riese** (Britz). Über Pyelitis bei Appendicitis chronica.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LX. Hft. 1.)

Die Komplikation einer Eiterung in und um die Nieren ist in neuester Zeit häufig bei Perityphlitis beobachtet worden. So fand R. unter 37 Fällen 2mal eine Eiterung in der Fettkapsel der Niere. Unbekannt scheint dagegen noch das Auftreten einer reinen Pyelitis zu sein. Eine solche konnte R. bei einem 17jährigen Burschen und einem 15jährigen Mädchen beobachten. Die Entstehung dieser Komplikation deutet Verf. dahin, dass durch schwielige Einbettungen der Ureter abgeknickt wurde und eine Harnstauung im Nierenbecken eintrat; der gestaute Urin wurde dann auf dem Blutwege aus der Eiteransammlung im Appendix inficirt. Zur Heilung der Pyelitis genügte die Beseitigung der abknickenden Stränge und Schwarten mit nachfolgender Salolbehandlung. **Calmann** (Hamburg).

9) **Theilhaber** (München). Ein Fall von Cystenniere.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 4.)

T. berichtet über eine doppelseitige große Cystenniere bei einem todtgeborenen Kinde. Dieselbe verursachte nur mäßige Dystokie bei vorhandener Steißlage. Die genaue Beschreibung endigt in der Annahme, dass es sich um fötale Missbildung mit Neubildung handele. Entzündliche Vorgänge und dadurch bedingte Retentionscystenbildung scheinen ausgeschlossen. Die verschiedenen Anschauungen in der Litteratur werden in dem Sinne besprochen. Für die Ätiologie ist bemerkt, dass die Mutter mit dem Ehemanne nahe verwandt war. Die Dystokie pflegt bei Kopflagen größer als bei Beckenendlagen zu sein; doch ist die Prognose für die Mutter meist gut. Die Diagnose ist gewöhnlich unmöglich.

Roesing (Hamburg).

10) **Truzzi** (Parma). Über einen seltenen Fall von Enuresis, durch eine gynäkologische Operation geheilt.

(Sep.-Abdr. aus den Atti della Soc. Ital. di ost. e gin. Vol. V.)

Verf. weist nachdrücklich darauf hin, dass die Inkontinenz der weiblichen Blase gar nicht so selten mit Anomalien des Genitalapparates verbunden ist. Der mitgetheilte Fall gilt als Beweis für den Nutzen einer genauen gynäkologischen Diagnose und Therapie. Die 36jährige Pat. litt seit ihrer Jugend an Enuresis

nocturna. Die mit 16 Jahren eingetretenen Menses verminderten Anfangs diese Störung; später jedoch verschlimmerte sich der Zustand derart, dass auch am Tage unfreiwilliger Urinabgang eintrat, besonders bei Anstrengung der Bauchpresse. Die objektive Untersuchung ergab eine konische Portio, Uterus im Ganzen hypoplastisch, in Retroversion liegend; vordere Vaginalwand stark gespannt und von abnormer Kürze. Die Anfangs eingeschlagene Therapie (Faradisation, Duschen, Massage) war völlig resultatlos. Verf. ging desswegen operativ vor: Die Retroversion wurde durch Laparohysteropexie beseitigt, während die vordere Vaginalwand durch die Operation von Skutsch (longitudinale Vernähung einer queren Incision) verlängert wurde. Der Erfolg war ausgezeichnet: Pat. verlor keinen Tropfen Urin mehr. Verf. hält eine suggestive Wirkung der Operation für sehr unwahrscheinlich; der gute Erfolg erklärt sich vielmehr daraus, dass die mechanische Ursache der Inkontinenz (Zerrung am hinteren Segment des Blasensphinkters in Folge der Retroversio und der abnormen Kürze der vorderen Vaginalwand) beseitigt wurde. **H. Bartsch** (Heidelberg).

11) **Calderini** (Bologna). Transperitoneale Einpflanzung des Ureters in die Blase, zur Heilung der Ureter-Gebärmutterfistel.

(Annali di ost. e gin. 1899. April.)

Kurze Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle von Ureterfisteln und ihrer operativen Behandlung, so wie Mittheilung eines selbstbeobachteten und mit Glück operirten Falles von Ureter-Gebärmutterfistel. Bei einer 31jährigen Frau mit geringer Beckenverengerung wurde wegen Stillstandes der Geburt der Forceps angelegt; dabei glitt das Instrument ab und musste von Neuem angelegt werden. Am 3. Tage des Wochenbetts trat unfreiwilliger Urinabgang ein, und es stellte sich heraus, dass eine Ureter-Cervixfistel vorlag. Ein erster Versuch, die Fistel in eine uretero-vaginale umzuwandeln (Incision des vorderen Vaginalgewölbes und Durchschneidung eines narbigen Stranges neben dem Uterus) hatte keinen Erfolg; desshalb beschloss Verf., die Einpflanzung des Ureters in die Blase vorzunehmen. Zu diesem Zwecke wurde erst ein Versuch an der Leiche unternommen, und zwar in folgender Weise: Quere Eröffnung der Peritonealhöhle, ein wenig oberhalb der Schambeine, zwischen den beiden Artt. epigastr. Nach Zurückschieben der Därme wird das ganze Becken freigelegt. Aufsuchung des Ureters vor der Articulat. sacro-iliaca, Incision des Peritoneums daselbst und theilweise Isolirung des Ureters. Nachdem der letztere hier mit einem Bändchen fixirt ist, gelingt es mit dem Zeigefinger den Verlauf desselben unterhalb des Lig. latum zu verfolgen. Das untere Ende des Ureters wird auf diese Weise bestimmt, das Peritoneum hier incidirt, der Ureter an 2 möglichst nahe der Blase gelegenen Stellen ligirt und dazwischen durchschnitten. Schließlich wird das subperitoneale Zellgewebe neben der Blase eröffnet, die letztere an der Seite incidirt, und der Ureter extraperitoneal eingenäht. Das untere Ende wird versenkt. In ganz analoger Weise wurde die Operation an der Pat. selbst ausgeführt, in Trendelenburg'scher Lage. Die Einpflanzung des Ureters in die Blase geschah mittels des Boari'schen Knopfes. Die kleinen Peritonealwunden und die Bauchwunden wurden vernäht. Der Boari'sche Knopf, ein hemdknopfähnliches kleines Instrumentchen, wurde in der Weise verwendet, dass der Ureter über das röhrenförmige Ende gezogen und hier fixirt wurde, während die am andern Ende befindliche kleine Platte durch ein Knopfloch in die Blase eingeführt wurde. Obwohl die Pat. zur Zeit der Operation an katarrhalischer Cystitis litt, und obwohl vorübergehend etwas Urin aus einer Bauchfistel kam, war der schließliche Erfolg ein sehr guter. Der Knopf wurde, nachdem er sich mittlerweile gelöst hatte, 2 Monate nach der Operation durch die Urethra entfernt. **H. Bartsch** (Heidelberg).

12) **Crick** (Brüssel). Ödematöses Fibrom der Blase.

(Centralblatt für die Krankkeiten der Harn- und Sexualorgane Bd. X. Hft. 8.)

In der Klinik von Verhoogen wurde durch Sectio alta bei einem 5jährigen, sehr kachektischen Kinde ein Fibromyxom von der Größe einer Mandarine entfernt.

Dasselbe saß am unteren Fundus und reicht bis in den Blasenhals hinein, die Blasenwandungen sind sehr stark verdickt. Der Tumor konnte durch die Bauchdecken palpirt werden; das einzige Symptom war Urinretention mit sekundärer Dilatation der Blase. Cystoskopie konnte nicht ausgeführt werden. Exitus 5 Tage nach der Operation. **Stoeckel** (Bonn).

13) **Herring.** Behandlung von Blasenblutungen bei Papillomen.

(Brit med. journ. 1899. Juli 29.)

Seit dem Jahre 1880, wo Verf. in Gemeinschaft mit Thompson Versuche über diese Erkrankung anstellte, hat H. mit gutem Erfolge tägliche Instillationen von Höllensteinlösungen angewendet. Es werden 2mal hinter einander etwa 60 ccm von einer Höllensteinlösung, deren Gehalt 0,3—1 : 1000 schwankt, je nach der Empfindlichkeit der Pat., in die Blase gebracht. Man soll die Kranken anlernen, dass sie selbst den Eingriff machen können. Die Behandlung erstreckt sich auf 6 Monate und länger. Die Geschwülste gehen, wie mikroskopisch festgestellt sein soll, starke Veränderungen und Umbildungen ein. **Rissmann** (Osnabrück).

14) **de Sinéty** (Paris). Hypertrophie des Harnröhrenwulstes, einen Hermaphroditismus vortäuschend.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1899. No. 2.)

Es handelt sich um eine sehr seltene Anomalie: 2 cm langer, röthlicher Fortsatz (Abbildung beigegeben). Der Fall spricht für die Auffassung, dass die ganze Vagina aus den Müller'schen Gängen entstehe und gegen die Ansicht, dass der untere Abschnitt der Scheide aus dem Sinus uro-genitalis seinen Ursprung nehme. **Beuttner** (Genf).

Verschiedenes.

15) **Ringel** (Hamburg). Osteomalakie beim Manne.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

In der Litteratur konnte R. nur 2 einwandsfreie Fälle auftreiben. Der von ihm im Eppendorfer Krankenhause beobachtete Fall betrifft einen 25jährigen Kellner, der wegen Magenbeschwerden in das Krankenhaus gekommen war und sehr viel über Schwäche in den Beinen und Füßen klagte; allmählich traten Gehstörungen auf, und später entwickelte sich ein Gibbus der Brustwirbelsäule, Erscheinungen, die alle auf spinale und spondylitische Processe bezogen wurden. Schließlich ging der Kranke unter Zunahme dieser Erscheinungen an einer Magenblutung (Ulcus ventriculi) zu Grunde. Erst die Sektion führte auf die richtige Diagnose Osteomalakie. **Calmann** (Hamburg).

16) **W. B. Dorsett.** Report on the progress of gynecology: Silver.

(St. Louis med. review 1899. Juni 24.)

Großes intraligamentäres Hämatom nach abdominaler Totalexstirpation des Uterus in Folge Abgleitens der Ligatur der Art. ovarica; septische Infektion des Hämatoms. Einreibung von 45 grains Ungt. Credé jeden 2. Tag über dem Tumor. Vollkommene Resorption desselben innerhalb von 2 Wochen. Antifebrilia wurden nicht gegeben. **Klien** (Dresden).

17) **Masland** und **W. Babcock** (Philadelphia). Ein Fall von Paget's Erkrankung der Brustwarze, welche 13 Jahre lang bestand, ohne carcinomatöse Entartung der Brustdrüse zu zeigen.

(Internat. med. magazine 1899. Februar.)

Mit Rücksicht auf die von Einigen vertretene Anschauung, dass sich an Paget's Erkrankung der Brustwarze das Carcinom der Drüse selbst anschließt, ist diese Mittheilung von Interesse. Sie beweist, dass jahrelang das Hineinwachsen von Carcinomknoten in die Milchgänge wenigstens ausbleiben könne.

Im vorliegenden Falle ist Obliteration der Milchgänge und Acini eingetreten und dies ist vielleicht ein wesentlicher Grund der lange Zeit hindurch andauernden Immunität gegen die Einwanderung epithelialer Massen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

18) **Manton** (Detroit). Operative Gynäkologie an Geisteskranken.

(Med. news 1899. März 11.)

M. hat außer seinem Lehrstuhle an der Universität auch die Aufgabe, die Frauen der Landesirrenanstalt zu Detroit in frauenärztlicher Hinsicht zu behandeln. In den Jahren 1896—1898 hat er 28 gynäkologische Operationen ausgeführt, und zwar an 17 Kranken: 3mal vaginale Hysterektomien, 1 abdominelle Hysterektomie, 1 Köliotomie wegen einer intraligamentösen Cyste, 4 Ventrofixationen, 6 Curettements, 4 Trachelorrhaphien, 3 Perineorrhaphien, 1 Kolporrhaphia ant., 1 posterior, 1 Verschluss der Scheide, 1 Gebärmutterpolyp- und -Fibroidoperation, 2mal Entfernung von Hämorrhoiden. Von den 17 Kranken wurden 4 = 23,51% durch die Operation gänzlich geheilt von ihrer Geisteskrankheit, 3 wurden wesentlich gebessert, 10 blieben unbeeinflusst. Von den 4 Geheilten hatte 1 Melancholie seit unbekannter Zeit, 1 Melancholie seit 9 Monaten, 1 akute Manie seit 10 Wochen, 1 gleichfalls akute Manie seit 1 Jahr 7 Monaten. Es ist selbstverständlich, dass M. nur wegen ausgesprochener Krankheitszustände operirt hat, da er der Geisteskranken eben so gut Hilfe bei Beckenerkrankungen bringen will, als der nicht geisteskranken Frau. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

19) **Bloch.** Heroin und Dionin.

(Heilkunde 1899. Mai.)

Verf. wendet das Dionin in Form von Suppositorien (0,04) oder subkutanen Injektionen (0,03—0,05) bei schmerzhaften gynäkologischen Eingriffen, wie Uterusinstillationen und Cervixdilatationen an, um die Schmerzen zu vermindern. Dessgleichen empfiehlt er es für die schmerzhaften Unterleibsaffektionen überhaupt, zumal bei wirksamer Dosirung die allen früher gebrauchten Narkoticis anhaftende verstopfende Wirkung fehlt und es seine schmerzlindernde Wirkung rascher entfaltet. **Witthauer** (Halle a/S.).

20) **A. Müller** (München). Über die Ursache der lokalen Gewebsinfiltration nach Ergotininjektionen.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 19.)

M. ist auf Grund einer Beobachtung der Anschauung, dass es sich außer in seltenen, natürlich nicht ausgeschlossenen Fällen von Infektion um eine lokale, direkte Wirkung des Ergotins auf die im Bereiche der Injektion liegenden Gefäße handelt. Die krampfartige Kontraktion derselben bedingt eine Ernährungsstörung, also mehr oder weniger weitgehende Nekrose des zugehörigen Gewebes, welche sich in den meisten Fällen durch Härte und Schmerzhaftigkeit zu erkennen giebt, aber auch zur aseptischen Einschmelzung des Fettgewebes führen kann.

Der betr. Fall betraf eine Frau mit ganz außergewöhnlicher Adipositas; in der Fettschicht fanden sich an Stelle der gemachten Ergotininjektionen oberhalb wie unterhalb des Nabels eine faustgroße, hervorgewölbte, kugelige, nicht schmerzhafte Infiltration; Eiter oder Entzündungserscheinungen waren nicht vorhanden. Da man Fluktuation fühlte, wurde incidirt, aus allen Tumoren entleerte sich reines Fett, die Wandungen waren dick, graulich, infiltrirt. Es handelte sich offenbar um eine lokale aseptische Fettnekrose. Dass besonders fettleibige Personen zu diesen Infiltraten neigen, ist bekannt. — Da nekrotisches Gewebe zu Infektionen besonders disponirt, ist bei Ergotininjektionen sorgfältig zu verfahren und danach zu streben, die lokale Wirkung zu verhindern, was am besten nach der von v. Winckel empfohlenen Methode erreicht wird.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. **Sonnabend, den 24. März.** **1900.**

(Aus der Klinik Gustav Braun in Wien.)

Bedarf der Carl v. Braun'sche Dekapitationshaken einer Verbesserung?

Von
Docent Dr. **Richard v. Braun-Fernwald.**

Da der Braun'sche Schlüsselhaken wiederholt ungerechterweise eine ungünstige Beurtheilung erfahren hat, wie dies auch in der letzten, von Zweifel gestützten Arbeit Dr. Füth's »Über die Dekapitation mit dem Zweifel'schen Trachelorhekter« (Centralblatt für Gynäkologie 1900 No. 1 p. 6) der Fall ist, und ich andererseits in doppelter Hinsicht eine Berechtigung zu haben glaube, in dieser Sache das Wort zu ergreifen, möchte ich mir über die Erfahrungen, welche mit dem Braun'schen Schlüsselhaken gesammelt wurden, und über die nach meiner Ansicht unrichtigen Ausstellungen, die diesem Instrumente gemacht werden, einige Bemerkungen erlauben.

Wir befinden uns jetzt in der III. Streitperiode um den Schlüsselhaken. In der I. Periode (1860) wurde er von Scanzoni streng gerichtet und der Auchenister empfohlen. In einer scharfen Polemik widerlegte Gustav Braun die Einwände Scanzoni's und bewies durch die Statistik den Werth des Instrumentes. In der II. Periode (1880) griff Küstner außer Kleinwächter den Schlüsselhaken sehr stark an, ja er prophezeite ihm sogar in höchst schmeichelhafter

Weise, dass er bald zum alten Eisen geworfen werden wird; es erfolgten darauf die treffenden Repliken Pawlik's und Schauta's, die Küstner's Einwände auch durch die Statistik entkräfteten; und nun ist wieder der Streit losgebrochen.

Als Zweifel im Centralblatte für Gynäkologie 1895 No. 20 (Über die Dekapitation und die Grundsätze der Wendung bei dorso-posterioren Querlagen) seinen neuen Trachelorhekter anempfohlen hatte, trat Herzfeld in der Publikation: »Über die Anwendung des Carl v. Braun'schen Schlüsselhakens« (Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 28) für den Schlüsselhaken ein und besprach die vermeintlichen Mängel des neuen Zweifel'schen Instrumentes.

Wenn ich von der angezogenen Publikation Zweifel's ausgehe, so muss ich gleich hervorheben, dass ich durchaus nicht seine Ansicht theile, dass die Form, welche er dem Braun'schen Schlüsselhaken gegeben hat, eine Verbesserung des Braun'schen Instrumentes sei. Zweifel sagt, »dass der Braun'sche Haken leicht nach aufwärts gleitet, dies bedingt bei der praktischen Anwendung des Hakens keine kleine Gefahr, weil dies zum starken Anziehen zwingt und leicht zum ruckweisen Abgleiten führt«.

Dass man einen Zug nach abwärts bei der Dekapitation mit dem Braun'schen Haken ausführen muss, gehört zur Technik der Dekapitation und ist gewiss nicht gefährlich.

Wenn nach der Angabe Zweifel's der Haken einen 2. Knick erhält, wird der Auftrieb vielleicht ein geringerer sein, aber man wird ebenfalls unter allen Umständen nach abwärts ziehen müssen; ich habe übrigens bei meinen Dekapitationen gar nie einen Auftrieb des Instrumentes in hinderlicher Weise bemerkt.

Zweifel hat in seiner in Rede stehenden Publikation bezüglich der Abdrehung des Halses eine nicht ganz entsprechende Schilderung gegeben. Er sagt: »Um besser zu luxiren, gab Braun den Rath, das Instrument 5—10mal um seine Achse in gleicher Richtung und unter stetigem Zuge zu drehen.

Befolgt man dies, wie es gelehrt wurde, so wird der kindliche Hals je nach der vorhandenen Schulterlage entweder aufs äußerste gebeugt, oder eben so stark gestreckt, und zwar wenn der Operateur bei einer Schulterlage mit Rücken hinten und dem Kopfe rechts (II. dorso-posteriore) im Sinne des Uhrzeigers dreht, entsteht dadurch die stärkste Beugung und sehr schwer eine Luxation.

Viel leichter erfolgt die Trennung der Wirbel bei einer extremen Streckung des Halses, also einer Drehung in entgegengesetzter Richtung.

Das würde jedoch zu umständlichen Vorschriften führen, wenn der Arzt am Kreißbette sich jedes Mal Rechenschaft zu geben hätte, ob er im Sinne des Uhrzeigers drehen müsse oder umgekehrt. Es ist dies aber nicht nöthig und nur Eines zu merken, dass man für die Luxation der Wirbelsäule nicht im gleichen Sinne, sondern abwechselnd, bald im Sinne des Uhrzeigers, bald umgekehrt, drehen soll«.

Damit hat nun Zweifel durchaus nichts Neues gesagt, und zum Beweise dessen citire ich wörtlich die Vorschrift über die Dekapitation, wie sie in Carl v. Braun's Lehrbuch 2. Auflage p. 797 gegeben ist: »Mit der freien, am Griffe befindlichen Hand wird das Instrument fast vertikal abwärts gezogen, durch ein Vor- und Rückwärtsdrehen die Wirbelsäule gedehnt und luxirt, dann durch ein 5—10maliges Umdrehen des Griffes um seine Längsachse nach einer Richtung und unter einem stetigen Zuge nach abwärts die Haut und übrigen Weichtheile des Halses vollständig getrennt. Macht man nur von vor- und rückläufigen Bewegungen des Hakens Gebrauch, so wird nur die Wirbelsäule luxirt, die Weichtheile werden durchgequetscht, die Haut bleibt aber dann gewöhnlich unverletzt. Der Hals wird aber dadurch dehnbar und bis auf 15 cm gedehnt, was nicht selten hinreicht, die Extraktion des Rumpfes durch einen Zug am präsentirten Arme zuerst und dann die Entwicklung des zurückgehaltenen, aber mit dem Rumpfe zusammenhängenden Kopfes zu bewerkstelligen.

Der Haken darf nur in der Vola manus der am Halse fixirten Hand während der Drehungen des Griffes bewegt werden, um bei einem zufälligen Abgleiten mit dem Knopfe diesen und nicht die Vagina zu treffen. Durch die dabei an dem breiten Griffe einwirkende Hebelkraft wird die Operation ohne Mühe in einer Minute vollendet«.

Ich will gleich hier hervorheben, dass nach dieser Beschreibung schon Carl v. Braun nicht selten eine Hautbrücke zur leichteren Extraktion des nachfolgenden Kopfes zurückließ, nachdem diese Technik in neuerer Zeit gern mit dem Namen anderer Autoren bezeichnet wird.

Man ersieht ferner aus dieser Beschreibung, dass bereits Carl v. Braun für die Luxation der Wirbelsäule ein Vor- und Rückwärtsdrehen befürwortet hat, und gerade diesen Vorschlag halte ich bei Dekapitationen in Fällen von drohender Uterusruptur für wichtig. Füth ist in seiner Publikation p. 8 dieser Thatsache auch gerecht geworden und erklärt das Citat Zweifel's damit, dass es nach Chiari-Braun-Späth (Klinik der Geburtshilfe und Gynäkologie, Erlangen, 1855) gebracht wurde, nicht aus dem Lehrbuche geschöpft worden ist.

Es wird dem Schlüsselhaken vorgeworfen, dass bei den Drehungen des Hakens der Kopf mitbewegt wird und auf diese Weise das gedehnte untere Uterinsegment durch den Kopf perforirt werden kann. Eine geringe Mitbewegung des Kopfes wird man, wenn man am Phantom Versuche macht, beim Drehen in einer Richtung nur dann beobachten, wenn die Wirbelsäule nicht gebrochen ist. Ist aber einmal die Wirbelsäule gebrochen, dann wird beim Durchtrennen der Weichtheile eine jede Mitbewegung des Kopfes sich sicher ausschließen lassen.

Beim geringen Hin- und Herbewegen des Dekapitationshakens Zwecks Luxation der Wirbelsäule muss ein ziemlich kräftiger Zug

nach abwärts ausgeführt werden, und gerade dieser Zug nach abwärts wird als ein Kardinalfehler des Braun'schen Schlüsselhakens verschrieen, weil dadurch die Gefahr einer Uterusruptur heraufbeschworen würde. Über diesen Punkt ist schon sehr viel hin und her gestritten worden.

Beim Verwenden des Schlüsselhakens erscheint mir im Falle einer drohenden Uterusruptur die Gefahr der Ruptur eher durch ein unvorsichtiges Einführen der ganzen Hand in das untere Uterinsegment zum Erfassen des Halses vergrößert als durch das Abwärtsziehen des Halses nach Anlegen des Schlüsselhakens. Man kann sich ja auch am Phantom davon überzeugen, dass der Kopf, wenn man den Schlüsselhaken angelegt hat und stark nach abwärts zieht, absolut nicht nach außen gepresst wird, sondern gegen das Beckencavum gezogen wird, dass also die Bedingungen für das Eintreten einer Uterusruptur absolut nicht erfüllt sind. Es sind, wie ich glaube, auch nicht die Bedingungen erfüllt für das Entstehen von gefährlichen Quetschungen, wie Fritsch dies für möglich hält, wenn auch die Partie der Cervix, welcher der Schädel anliegt, momentan stark gedrückt wird. Wenn man diese Argumente anerkennt, wäre auch der Forceps bei im Beckeneingange stehendem Schädel verwerflich. Es wurde übrigens schon von Pawlík und Herzfeld ausdrücklich darauf hingewiesen, dass durch einfaches Ziehen nach abwärts die Querspannung des stark überdehnten Collums nachlassen müsse.

Sie haben diese Äußerung im Sinne C. v. Braun's gemacht, der im Hereinziehen des Halses in das kleine Becken keine Gefahr für das Entstehen einer Ruptur erblickte. Ja, im Gegentheile, er gab den Rath, schon vor dem Anlegen des Dekapitationshakens »mit der am Halse liegenden Hand und mit der anderen am präsentirten Arme zu ziehen, um den Hals zu dehnen und in den Beckenkanal tiefer herabzubringen« (C. v. Braun, Lehrbuch der Geburtshilfe 1. Auflage p. 888 und 2. Auflage p. 798).

Wir haben uns auch stets an diese Vorschrift gehalten und haben vor Anlegen des Dekapitationshakens bei vorgefallenem Arme stets an diesem gezogen, um den Hals tiefer zu bringen, und haben trotz der häufig bestandenen hochgradigen Gefahr einer Uterusruptur nie eine erzeugt.

Ich führe die Dekapitation stets in der Weise aus, dass ich nach Herabziehen der vorgefallenen Hand und dem Anlegen des Dekapitationshakens nach den Regeln C. v. Braun's mit der im unteren Uterinsegmente liegenden Hand etwas zurückgehe und nun den Daumenballen derselben zwischen den Stiel des Dekapitationshakens und die Symphyse lege und dann, während ich anziehe, gleichzeitig den Griff stark erhebe, so dass der Daumenballen das Hypomochlion des als 2armiger Hebel erscheinenden Dekapitationshakens abgiebt. Dadurch wird die Wirbelsäule sehr leicht gebrochen, und die weitere Durchtrennung des Halses gelingt außerordentlich leicht. Natürlich muss dabei wieder

nach abwärts gezogen werden. Es ist selbstverständlich, dass zur Durchtrennung desselben die Hand den Hals wieder erfassen muss. Das Verlassen des Halses durch die Hand involvirt bei dieser Manipulation durchaus keine Gefahr, da sich der Knopf des Hakens in die Weichtheile des Halses einbohrt, und diese Manipulation scheint mir den Vortheil zu haben, dass dadurch der Haken im Beckenraume weiter nach rückwärts zu liegen kommt und so beim Abdrehen der Weichtheile an der vorderen Wand des unteren Uterinsegmentes eine Verletzung leichter vermieden wird.

Ich habe eine Reihe von Dekapitationen in dieser Weise ausgeführt, habe keine Pat. in Folge einer Verletzung verloren und selbst niemals eine Verletzung des unteren Uterinsegmentes gesetzt. Es befinden sich unter den auf diese Weise dekapitirten Kindern eines mit einem Gewichte von 4250 g, und auch in diesem Falle ging die Dekapitation geradezu spielend leicht von statten; nach Durchbrechung der Wirbelsäule gelang es in der Regel, mit drei- oder mehrmaligem Ansetzen des Hakens die Weichtheile zu durchtrennen.

Bei dem Durchtrennen der Weichtheile muss aber der Haken immer in einer Richtung gedreht werden, und zwar in der Weise, dass der Knopf des Hakens sich gegen den kindlichen Kopf bewegt, wie die Vertreter der Wiener Schule stets hervorgehoben haben. Wenn man in dieser Weise vorgeht, so erscheint nach der Vollendung der Operation der Kopf geradezu wie mit dem Messer vom Halse abgetrennt.

Eine hebelnde Bewegung Behufs Luxation der Wirbelsäule wurde schon 1866 von Gustav Braun angerathen, dieser Rath wird daher auch von der Schule befolgt. Hebelnde Bewegungen mit dem Holzgriffe hebt auch Herzfeld hervor. Diese hebelnden Bewegungen haben, so wie das früher besprochene Vor- und Rückwärtsdrehen unter gleichzeitigem Zuge am Haken, den Zweck, die Wirbelsäule zu luxiren.

Wenn Schauta vorschreibt, dass der Operateur dem allzu starken Herabgezogenwerden der erfassten Partie des Halses mit der umklammernden Hand entgegenwirken soll, so beweist das, dass ein kräftiger Zug nach abwärts, wie er von den meisten Autoren, so auch von uns, gebraucht wird, nach Schauta's Erfahrungen nicht nothwendig ist. Es wäre dann eben nur der Zug nothwendig, um den Haken in die Weichtheile eindringen zu lassen. Auch nach meinen neuerlichen Versuchen am Phantom mit einer 4300 g schweren Kindesleiche würde ich aber beim Durchbrechen der Wirbelsäule ein stärkeres Herunterziehen mit dem Haken zur Immobilisirung des Kopfes bei sehr großen Früchten für nöthig halten.

Höchst wichtig ist, dass die Weichtheile des Halses nicht auf einmal gefasst werden, sondern dass sie, besonders bei großer Frucht, in einzelnen Partien durchtrennt werden. Dann ist der Widerstand, der sich der Durchtrennung entgegensetzt, so gering, dass dabei

der Kopf sich sicher nicht mitbewegt. Auf diesen Umstand scheinen nun die Gegner bezw. Verbesserer des Braun'schen Hakens zu wenig oder gar nicht zu achten.

Es schreibt wenigstens auch Zweifel in seinem Lehrbuche (1898 p. 622): »Da das Instrument (Trachelorhekter) beim ersten Ansetzen durch die Weichtheile des Halses geht, bleibt eine Brücke derselben vom ersten Angriffe verschont und muss durch ein zweites Einführen des Instrumentes gefasst und wieder durch Drehen im gleichen Sinne durchrissen werden«. Von einem Durchtrennen in mehreren Partien ist nicht die Rede.

Ich möchte mit diesen Worten durchaus keinen Vorwurf gemacht haben, und muss zugestehen, dass auch C. v. Braun in seinen Publikationen das Erfassen der Weichtheile in Partien nicht besonders betont hat.

Durch das frühere Citat wird uns auch die Stelle in der Publikation Zweifel's (Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 20 p. 507) verständlich: »unter 11 Operationen erlebte er nur einmal, dass die Unnachgiebigkeit der Weichtheile nicht zu überwinden war«. Das kann bei entsprechender Anwendung des Braun'schen Hakens nicht vorkommen, gerade so wie die Wirbelsäule immer nachgiebt. Darin sind die Vertreter der Wiener Schule einig.

Will man besonders vorsichtig sein, so ist es gut, auf der Seite des Kopfes durch einen Assistenten oder durch die Hebamme von den Bauchdecken her den Kopf fixiren zu lassen, so dass auch die geringste Bewegung desselben unmöglich ist.

Dass man, wie Arens (citirt von Füth) meint, in praxi die Fixation des Kopfes nicht immer leicht ausführen kann, weil es trotz tiefer Narkose oft schwer fällt, denselben durch den meist tetanisch gespannten Uterus hindurchzufühlen, ist durchaus nicht stichhaltig, da man ja bei verschleppter Querlage die Diagnose durch die innerliche Untersuchung stellt und danach die Stelle, an welcher der Schädel liegt, jedenfalls gestützt werden kann.

Ich komme nun zur Besprechung der Frage, welche Hand bei den Querlagen I. und II. Stellung einzuführen ist.

Carl v. Braun hat für die Querlage I. Stellung das Einführen der rechten Hand und für die II. Stellung das Einführen der linken Hand angerathen und empfohlen, nach Erfassen des Halses, Anlegen des Dekapitationshakens und Luxation der Wirbelsäule die Weichtheile durch Drehungen des Schlüsselhakens im Sinne der Supination zu durchtrennen. Seine Schule hat stets die Wichtigkeit der genauen Ausführung dieser Vorschriften betont, und gerade darauf wurde von den meisten Autoren gar kein Gewicht gelegt, nachdem die Mehrzahl derselben für alle Fälle das Einführen der linken Hand zur Fixation des Halses und das Abdrehen mit der rechten Hand befürwortet, und es hat Herzfeld ganz Recht, wenn er auf die mangelhafte Beschreibung der Dekapitation in den meisten Lehrbüchern hinweist. Es gehen die Vorschriften, die in den ein-

zelnen Lehrbüchern gegeben werden, so weit aus einander, dass sogar auch die Einführung des Hakens hinter dem Halse bei dorsoposteriorer Querlage angerathen wird (Dührssen, Vademecum der Geburtshilfe 4. Auflage p. 187).

Die Wahl der Hand nach der Carl v. Braun'schen Angabe scheint viel rationeller, als die von manchen Autoren befürwortete Anwendung der linken Hand zur Fixirung des Halses für alle Fälle. Es unterliegt gar keinem Zweifel, dass bei Querlage I. Position die rechte Hand zur Fixation des Halses und zur Immobilisirung des Kopfes geeigneter ist. Der abducirte, gestreckte Daumen kann den Kopf viel sicherer in seiner Lage erhalten, als der adducirte Daumen bei Einführung der linken Hand, da in letzterem Falle der Daumen über den Stiel des Hakens hinübergreifen muss und so nur die Daumenspitze den Kopf berührt (Schauta).

Ein besonderer Vortheil bei der Verwendung der rechten Hand zur Fixirung des Halses scheint mir darin zu liegen, dass der Schutz des Hakens beim Abdrehen der Weichtheile sicherer durchgeführt werden kann. Auf der einen Seite schützt dann die Hand, auf der anderen Seite der vorgefallene Arm. Warum Zweifel glaubt, dass es bei I. Lage schwerer sei, mit der rechten Hand an den Hals zu kommen (Centralblatt für Gynäkologie 1900 No. 1 p. 27), ist nicht einzusehen, gerade so müsste es bei II. Stellung für die linke Hand schwerer sein.

Es ist daher vollständig gerechtfertigt, wenn verlangt wird (Herzfeld), dass die Dekapitation genau nach den Vorschriften Carl v. Braun's vorgenommen werde, bevor man sich ein absprechendes Urtheil über sein Instrument erlauben dürfe. Wem die Dekapitation auch beim Gebrauche der linken Hand zur Fixation gelingt, der kann in dieser Weise operiren, und dies dürfte ja häufig der Fall sein. Zu einem absprechenden Urtheile sollte man sich aber nur dann entschließen, wenn man das originale Instrument ohne die Modifikationen desselben gebraucht, und wenn man ferner genau nach den Vorschriften des Erfinders operirt.

Ich glaube auch nicht, dass es für die Sache des Trachelorhekters sehr vortheilhaft war, dass ein Kollege mit einer Publikation mehr oder weniger gegen den Braun'schen Schlüsselhaken betraut wurde, der allem Anscheine nach nur mit dem Trachelorhekter an der Lebenden operirt hat, ihm also jedenfalls eine größere Erfahrung über das altehrwürdige Instrument gefehlt hat, da er ja selbst sagt (p. 15), dass er überhaupt keine Dekapitation an der Lebenden gemacht hat, bevor er mit dem Trachelorhekter operirt hat. Wenn er überhaupt eine mit dem von Zweifel modificirten Braun'schen Haken gemacht hat, so kann es nur in dem Falle gewesen sein, in dem der Haken »zwischendurch noch einmal des Vergleiches halber benutzt wurde«.

Es wird von den Erfindern neuer Modifikationen alter guter Instrumente jetzt immer verlangt, dass man ein Urtheil erst nach

Versuchen mit dem neuen Instrumente abgeben solle. Es ist aber, wie ich glaube, mit viel mehr Recht zu verlangen, dass Herren, die gegen ein altes, vorzügliches Instrument polemisiren, doch ein wenig Erfahrung über das alte Instrument besitzen sollten.

Ich habe den Trachelorhekter vor nahezu 5 Jahren besichtigt und in der Hand gehabt. Da ich mit dem Schlüsselhaken stets vorzüglich ausgekommen bin und die Verbesserung, die an dem Instrumente vorgenommen wurde, nicht für eine solche hielt, habe ich keine Versuche angestellt.

Füth schreibt über den neuen Trachelorhekter, dass »Zweifel diese Modifikation nicht getroffen habe, weil er mit dem Braun-schen Haken geradezu schlechte Erfahrungen gemacht hätte, im Gegentheile, Zweifel hat ihn 5mal, allerdings mit der von ihm am Haken angebrachten zweiten Krümmung, angewendet, und zwischendurch ist er des Vergleiches halber noch einmal in dem Kreißsaale vor Kurzem erfolgreich benutzt worden. Bestimmend war für Zweifel, dass es besser sei, ein Instrument zu besitzen, bei welchem ein Herunterziehen Zwecks Durchbrechens der Halswirbelsäule nicht nöthig ist. Der Trachelorhekter entspricht dieser Forderung vollkommen, wie weiter unten ausführlich erörtert wird; etc. etc.«

Ich halte diesen am meisten betonten Vortheil durchaus nicht für einen solchen, nachdem ich das Herunterziehen des Halses für ungefährlich, dagegen das Abbrechen der Halswirbelsäule mit dem Trachelorhekter wegen der Möglichkeit einer Weichtheilverletzung für gefährlich erachte.

Ich hatte schon nach dem Erscheinen der ersten Publikation Zweifel's die Absicht, auf die Gefahren, die das Instrument Zweifel's in sich birgt, hinzuweisen, inzwischen ist die Publikation Herzfeld's erschienen, wesshalb ich von meiner intendirten Besprechung Abstand nahm. Dem ersten Einwande Herzfeld's über den Mangel an Aseptik bei Verwendung des Trachelorhekters kann man absolut nicht zustimmen, dagegen musste es jedem Geburtshelfer sofort auffallen, dass bei dem Trachelorhekter Zweifel's die innere Hand herausgenommen werden soll und bei der Drehung die beiden Haken sich selbst überlassen werden. Das entspricht durchaus nicht den allgemein geltenden Ansichten über operative Geburtshilfe, nachdem es doch oberstes Princip ist, ein Instrument, an dem gedreht wird, in dem Geburtsschlauche nur unter dem Schutze der Hand zu gebrauchen.

Zweifel hält es für ungefährlich, wenn man nur darauf geachtet hat, dass die Hakenenden in die Weichtheile des Halses gedrungen, von diesen also gegen das Uterusinnere vollständig abgeschlossen sind. Er demonstrirte in der Sitzung der geburtshilflichen Gesellschaft zu Leipzig, in der er über dieses Thema sprach (s. d. Centralblatt 1895 p. 1258), am Phantom, wie die innerhalb der Weichtheile liegenden stumpfen Enden des Trachelorhekters sich

beim Drehen gegen den Hals des Kindes einbiegen und so die Weichtheile der Mutter nicht verletzen können, und hob hervor, dass das an der veränderten Krümmung liege und darin eine grundsätzliche Verschiedenheit gegen den Braun'schen Haken bestehe. Man könne beim Aufdrehen des Instrumentes vor Verletzungen der Mutter ganz sicher sein, wenn man es nur richtig an den Hals gelegt habe.

Ich muss dem gegenüber ausdrücklich bemerken, dass Demonstrationen am Phantom dafür durchaus nicht beweisend sind, da es ein großer Unterschied ist, ob man sieht, wie sich die Haken bewegen, und danach die Griffe des Trachelorhekters dirigirt, oder ob die Haken ganz im Finstern ohne Kontrolle des Gesichtssinnes arbeiten.

Wenn wir die Resultate betrachten, so hebt zwar Füth gelegentlich der Besprechung der Asepsis hervor, dass unter 17 Fällen von Dekapitation keiner an Sepsis verstorben ist, dagegen berücksichtigt er nicht, dass unter 17 Fällen 2 Todesfälle an Verblutung zu verzeichnen sind, ein immerhin großer Procentsatz.

Im 1. Falle (Fall No. IV der Publikation Zweifel's (s. dieses Centralblatt 1895 No. 20) wurde von dem poliklinischen Assistenten, weil die Wendung nicht mehr ausführbar war, der abgeänderte Dekapitationshaken (Modell I) vergeblich versucht. »Während des Transportes in die Klinik blutete sie wenig, es waren noch Wehen da. In der Klinik angekommen, ging der Blutabgang weiter.

In der Klinik von mir (Zweifel) angelegt, trennte das Instrument (Trachelorhekter oder Modell I? Da der Artikel über den Trachelorhekter handelt und vorangegangene Fälle mit dem neuen Instrumente operirt wurden, wäre es naheliegend, anzunehmen, dass es auch in diesem Falle angewendet wurde.) mit Leichtigkeit den Kopf von dem Rumpfe des in II. dorso-anteriorer Querlage befindlichen Kindes.

An dem vorgefallenen linken Arme wurde gezogen und der Rumpf herausbefördert. Der Kopf folgte nicht dem in den Mund eingesetzten Finger, es musste der Kephalothrypter angelegt und mit ihm der Kopf extrahirt werden. Schon vor der Extraktion des Kindes blutete es ununterbrochen, und ergab die Untersuchung, dass die Cervix uteri überall zerfetzt war; ein deutlicher Einriss war zwar nicht zu fühlen. Nach Entfernung der Placenta wurde zur Stillung der Blutung die Gebärmutter mit Jodoformgaze ausgestopft und die Scheide mit 3 großen Wattebäuschen ausgefüllt.

Nachmittags 5 Uhr sickerte trotz der Ausstopfung und trotz guter Zusammenziehungen der Gebärmutter noch immer etwas Blut ab, um 6 Uhr trat die Blutung sehr stark auf. Da es aus der zerfetzten Cervix blutete, wurde versucht, dieselbe vorzuziehen und zu nähen bezw. zu umstechen, doch vergeblich. Noch während der Bemühungen des Assistenten, die Blutung zu stillen, wurde die Entbundene schwach und starb auf dem Operationstische an Verblutung.«

Zweifel lehnt die Verantwortung für das Entstehen der Risse ab, da die Dekapitation mit Leichtigkeit und in wenigen Minuten zum Ziele führte, wobei keinen Augenblick an dem Instrumente manipulirt wurde, ohne dasselbe genau mit der linken Hand zu decken.

Wenn also in diesem Falle die Verletzung nicht mit dem Doppelhaken oder dem modificirten Schlüsselhaken in der Hand des klinischen Vorstandes geschehen ist, so hat sie der Assistent mit dem nach Zweifel modificirten Schlüsselhaken gemacht. Ein Malheur kann einem Jeden passiren; es ist aber gewiss auffallend, dass ein klinischer Assistent nicht so weit in die Technik einer Dekapitation eingeweiht ist, dass er nachträglich zugesteht, mit der Hand nicht geschützt zu haben und dadurch die Grundregeln der Dekapitation unbeachtet gelassen zu haben. Es hat also ein Assistent, der selbständig poliklinische Geburten übernahm, einen solchen schweren Fehler begangen und, wie Zweifel selbst anzunehmen scheint, dadurch eine Uterusverletzung erzeugt. Sollte er vielleicht zu diesem Gebahren direkt durch den neuen doppelarmigen Trachelorhekter Zweifel's, bei dem die Haken zeitweilig auch ohne Kontrolle bewegt werden, verleitet worden sein? Das wäre ein Entschuldigungsgrund für die Schule, die jedenfalls mit dem Assistenten die Schuld an diesem traurigen Ausgange trifft.

Ich muss noch besonders hervorheben, dass diese Uterusverletzung (es fehlt ein Sektionsprotokoll, obwohl es sich um einen klinischen Fall gehandelt hat) mit dem von Zweifel modificirten Schlüsselhaken zu Stande kam, es hat also die dem Haken von Zweifel gegebene Krümmung, trotzdem der Haken von der Hand eines Assistenten und nicht eines praktischen Arztes, der viel weniger Technik haben dürfte, geführt wurde, das Eintreten einer tödlichen Verletzung nicht verhindern können. Es scheint auch die Dekapitation nicht schwer gewesen zu sein, da in der Geburtsgeschichte von einer Beckenverengerung oder gar von einer drohenden Ruptur nirgends Erwähnung gethan wurde. Es wäre nur noch möglich, dass die Cervixverletzung bei der Extraktion des Kopfes mit dem Kephalothrypter erzeugt wurde, da aber Zweifel auch diesen Theil der Operation gemacht hat, so ist dem früher erwähnten Ausspruche Zweifel's zufolge diese Möglichkeit ausgeschlossen.

»Im 2. Falle (Centralblatt für Gynäkologie 1900 No. 1 p. 17) handelte es sich um eine 32jährige VIpara, deren bisherige Entbindungen spontan, wenn auch immer mit langer Geburtsdauer, verlaufen waren. Es bestand eine II. dorso-anteriore Querlage mit Vorfall des linken Armes, und die Hebamme bat, wie erwähnt, erst 43 Stunden nach dem Blasensprunge um poliklinische Hilfe. Die Operation war schwer, da es Mühe machte, an den Hals zu kommen, dies gelang aber schließlich, ohne dass es nöthig gewesen wäre, den vorgefallenen Arm zu exartikuliren.«

Nach unseren Vorschriften für die Technik der Dekapitation wäre das Exartikuliren des vorgefallenen Armes ein direkter Fehler,

wir sind im Gegentheile sehr froh, wenn wir einen Arm vorliegend finden, den wir erfassen können und stark nach abwärts ziehen können, um die Schulter tiefer zu ziehen.

Füth sagt weiter: »Das Durchbrechen der Wirbelsäule selbst ging glatt. Bei der Extraktion des Kopfes, an dem mit dem in den Mund eingeführten Finger gezogen wurde, riss die Mandibula sammt den Weichtheilen durch, und die spitzen Enden drangen nach dem Gefühle des Operateurs in die Cervix ein. Die Kreißende fing an zu bluten. Es wurde nun möglichst schnell der Kopf perforirt und extrahirt, worauf die Placenta sofort folgte. Da es weiter blutete und bei der Untersuchung Cervixeinrisse gefühlt wurden, wurde eine Uterus-Scheidentamponade gemacht, worauf die Blutung stand. Die schon vorher auf das äußerste erschöpfte Frau erholte sich jedoch nicht mehr, sondern starb eine Stunde später. Die Sektion wurde nicht bewilligt. Es ist dies der einzige unglückliche Ausgang unter den letzten 12 Fällen und er fällt sicher nicht dem Trachelorhekter zur Last«.

Dieser letzte Satz wäre besser weggeblieben. Denn erstens ist das kein glänzender Erfolg (unter 12 Fällen 1 Todesfall an Verblutung), und zweitens ist es doch schwer, zu behaupten, dass dieser Todesfall sicher nicht dem Trachelorhekter zur Last fällt. Es lässt sich allerdings nicht beweisen, dass der Trachelorhekter an den Cervixverletzungen Schuld ist, doch ist dies gewiss sehr möglich. Die gesuchte Erklärung für die Cervixverletzungen, dass nämlich die spitzen Enden der Mandibula nach dem Gefühle des Operateurs in die Cervix drangen, ist höchst unwahrscheinlich.

Es muss uns immerhin auffallen, dass der Kopf perforirt werden musste, nachdem nirgends in der Krankengeschichte von einer Beckenverengerung die Rede ist. Es wäre also möglich, dass der Kopf dem Zuge an der Mandibula wegen nicht genügender Erweiterung des Muttermundes nicht folgte, und dass derselbe energische Zug, der die Mandibula zerreißen konnte, auch die Cervixverletzungen bedingt hat. Das erscheint mir jedenfalls noch plausibler, als eine Verletzung mit den spitzen Enden der Mandibula. Es ist nicht recht einzusehen, warum bei einem wahrscheinlich normalen Becken und einer wahrscheinlich nicht übergroßen Frucht (das Gewicht derselben ist auch nicht angegeben) bei der Extraktion die Mandibula durchgerissen ist. Damit dies sich ereigne, ist doch wohl ein ziemlich energischer Zug erforderlich, vorausgesetzt, dass es sich um keine allzu kleine Frucht gehandelt hat.

Es ist uns ferner aufgefallen, dass Füth von dem »einzigen unglücklichen Ausgange unter den letzten 12 Fällen« spricht, während er sonst bald 17, bald 16 Fälle in den Kreis seiner Betrachtungen zieht.

Es scheint mir nicht motivirt, wenn dieser Geburtsgeschichte folgende Worte Füth's folgen: »Nach den vorstehenden Darlegungen ist der Trachelorhekter weder in seiner Anwendung nicht ganz einfach, wie

Mermann schreibt, noch auch nur gefahrlos in der Hand des geübten Operateurs, wie v. Engel meint, Urtheile, die sich nur auf theoretische Kenntnisse des Instrumentes stützen, und wenn Arens dem Lobe, welches er nach Probiren des Trachelorhekters ausspricht, die Anmerkung beifügt, leider hafte ihm der Mangel der schützenden Deckung an, so scheint mir zur Genüge dargelegt, dass eine solche Gefahr bei richtiger Verwendung der inneren Hand nicht besteht etc. etc.«

Ich muss im Gegentheile konstatiren, dass die Statistik Zweifel's keine besonders gute ist, und bin überzeugt, dass vorzügliche geburtshilfliche Operateure wie mit jedem Instrumente auch mit dem Trachelorhekter die Dekapitation werden ausführen können. Ich bin aber auch eben so überzeugt, dass für den praktischen Arzt, der gerade die Dekapitation auch leicht ausführen können muss, der Trachelorhekter ein nicht ungefährliches Instrument ist, weil Verletzungen des Uterus durch die sich bewegenden Haken bei unrichtigem Anlegen ganz leicht erfolgen können. Hat ja doch Zweifel selbst gesagt, dass Verletzungen ausgeschlossen sind, wenn die Haken ordentlich in die Weichtheile gedrungen sind. Ich möchte nun Zweifel fragen, ob er glaubt, dass ein praktischer Arzt, der nicht über eine große Technik verfügt, die Entscheidung darüber wird treffen können, ob die Haken wirklich in die Weichtheile eingedrungen sind oder nicht. Das ist besonders bei so hoch stehendem Halse, wie es bei der relativen Indikation Zweifel's der Fall ist, gewiss recht schwer zu entscheiden, um so mehr, als nach Zweifel's Ansicht der Hals nicht ins Becken gezogen werden darf.

Außerdem kann es sehr leicht geschehen, dass, wenn die Haken auch in die Weichtheile eingedrungen waren, nach dem Verlassen der schützenden Hand, der eine oder der andere Haken beim Auseinanderdrehen der Instrumenttheile aus den Weichtheilen wieder herausdringt.

Der Vorschlag Füth's, dass man, wenn eine zweite Person zum Halten der einen Handhabe nicht zur Verfügung steht, was wohl selten der Fall sein wird, es so machen könne, wie er es am Phantom und an der Lebenden ausprobirt habe, dass man nämlich die an einander liegenden Handhaben auf den Unterarm der am Halse liegen bleibenden Hand fest aufsetzt und, während die eine Handhabe auf den Unterarm aufgesetzt stehen bleibt, man mit der freien Hand die andere Handhabe abhebt und herumdreht, halte ich nicht für nachahmenswerth.

Wenn man mit diesem Vorschlage die so einfache Technik bei der Verwendung des C. v. Braun'schen Schlüsselhakens vergleicht, bei der man immer ohne Assistenz auskommen wird, so scheint der Vergleich nicht zu Gunsten des Zweifel'schen Instrumentes auszufallen.

Füth berichtet, dass beim Abdrehen der Weichtheile des Halses unter 16 Operationen 1mal sich Schwierigkeiten ergeben haben und die Weichtheile mit der Siebold'schen Schere durchschnitten wurden. Dies ist uns mit dem Braun'schen Dekapitationshaken gar nie vorgekommen. Es ist richtig, dass man den Hals mit dem Braun'schen Schlüsselhaken bei größeren Früchten in Partien durchtrennen muss, dass man 3-, 4- oder auch 5mal eingehen muss, eben so richtig aber, dass das Durchtrennen ganz außerordentlich leicht und mit diesem Instrumente immer gelingt.

»Dass man bei Widerstand seitens der Weichtheile zwischen dem Abdrehen der Weichtheile »das Instrument (Trachelorhekter) vorübergehend wieder entfalten solle« (Zweifel's Publikation p. 526), scheint mir doch recht gefährlich, besonders wenn dies ohne Schutz durch die eingeführte Hand geschieht, wie dies (l. c.) Zweifel befürwortete.

Füth verlangt dagegen dabei ausdrücklich den Schutz der Weichtheile mit den Worten: » . . . es hat sich als zweckmäßig herausgestellt, bei Widerstand seitens der Weichtheile zwischen dem Abdrehen die Hakenenden des Trachelorhekters nochmals zu spreizen. Dies geschieht natürlich, eben so wie das Abdrehen selbst, in der Hohlhand der wieder eingeführten Hand«. Diese Worte klingen ganz anders als die beim Luxiren der Wirbelsäule gebrauchten (p. 17): »wenn Jemand schließlich trotz dieser Thatsache (dass eine Gefahr nicht besteht) die innere Hand liegen lassen will, so kann er es ja thun«. Mit diesen leicht hingeworfenen Worten hat sich Füth den Übergang zur Besprechung des Schutzes der Haken durch die eingeführte Hand recht leicht gemacht. Jedenfalls muss hervorgehoben werden, dass meines Wissens Zweifel in seiner Publikation über den Schutz nichts gesagt hat!

Wenn aber die Operation (das Luxiren der Wirbelsäule) ohne Schutz des Instrumentes so sicher und ungefährlich ist, wie die Schule Zweifel überzeugt ist, wozu dann überhaupt über diesen reden und Vorschläge für die Ausführung des Schutzes machen!

Es muss den Leser der Füth'schen Arbeit eigenthümlich berühren, wenn er als Beispiel der besonders guten Wirkung des Trachelorhekters auf p. 15 liest: »dass in einem Falle, in welchem sich der erste Zwilling in II. dorso-anteriorer Querlage mit Vorfall der pulslosen Nabelschnur und des linken Armes eingekeilt hatte, vom Augenblicke des Eingehens mit der Hand bis zur Extraktion des Rumpfes 40 Sekunden und für letztere einschließlich der Extraktion des Kopfes weitere 22 Sekunden gebraucht wurden«. Dieses Resultat mit dem Trachelorhekter bei einem Zwillingskinde kann Einem wohl nur dann so imponiren, wenn man nicht erfahren hat, wie rasch die Dekapitation im gleichen Falle mit dem Braun-schen Haken gelingt.

In der Fortsetzung der Hervorhebung der Vortheile des Trachelorhekters findet sich eine Stelle, die uns mit unseren physikalischen Kenntnissen nicht recht verständlich ist: »Von der dabei noth-

wendigen Kraft ist, wenn man die Art der Kraftübertragung ins Auge fasst und bedenkt, dass der die Kraft übertragende Stiel eine Länge von 31 cm besitzt, von vorn herein zu sagen, dass sie viel geringer sein muss, als beim Schlüsselhaken«. Dieser Satz kann doch nur auf einem Irrthum beruhen. Die Länge des Stieles ist in dieser Frage doch vollkommen nebensächlich! Bei dieser Hebelwirkung kommt doch nur die Länge der Handhaben in Betracht, die von Zweifel mit 13 cm angegeben ist.

Auf p. 16 finden wir eine Stelle, in der Kollege Füth gelegentlich der Besprechung des Abbrechens der Wirbelsäule sagt: »Die deckende Hand hat nur das richtige Anlegen an den Hals zu beobachten, während an die innere Hand beim Braun'schen Schlüsselhaken sehr große Anforderungen gestellt werden. Man lese nur bei Schauta nach«.

Nach diesen Worten könnte man glauben, dass die eingeführte Hand bei der Dekapitation mit dem Trachelorhekter nur dies zu thun habe. Wie wir gesehen haben, spricht er aber auch vom Decken der Haken mit der eingeführten Hand beim Luxiren der Wirbelsäule.

Übrigens werden beim Abdrehen der Weichtheile, vorausgesetzt, dass dies richtig gemacht wird, dieselben »großen Anforderungen« an die deckende Hand auch bei Verwendung des Trachelorhekters gestellt. Besonders wenn bei großer Frucht der Hals nicht in Partien gefasst wird, muss der Kopf mit der eingeführten Hand gut fixirt werden und endlich ist der Weichtheilschutz von besonderer Wichtigkeit.

Ob also die schützende Hand bei der Methode Zweifel's wirklich viel weniger zu thun hat, ist trotz der Behauptung Füth's durchaus nicht erwiesen.

Füth berichtet, dass Zweifel die Indikation zur Dekapitation dahin erweitert hat, dass man bei überdehnter Cervix und todtem Kinde nie mehr die Wendung versuchen solle, da die Dekapitation für die Mutter viel schonender sei, und begründet dies damit, weil nun die Dekapitation mit dem Trachelorhekter eine relativ leichte, vor Allem ungefährliche Operation ist.

Wir haben immer diese Indikationsstellung gehabt und hätten die Ausführung einer Wendung bei einer verschleppten Schulterlage mit Dehnung des unteren Uterinsegmentes und todter Frucht für einen Kunstfehler gehalten. In diesem Sinne kann man also durchaus nicht von einer Erweiterung der Indikation zur Dekapitation durch den Trachelorhekter sprechen. Wir haben uns davon überzeugt, dass bei richtiger Anwendung des originalen Schlüsselhakens bei Erscheinungen einer drohenden Uterusruptur durchaus keine Gefahr besteht, wie unsere später anzuführende Statistik auch beweist.

Ich möchte dem Ausspruche Füth's »es ist wohl nicht zu viel gesagt, wenn man behauptet, dass eine Uterusruptur bei weiterer Verbreitung dieser Indikationsstellung viel leichter wird vermieden

werden können« nur beipflichten. Damit hat Herr Füth nach den Begriffen der Wiener Schule sicher nichts Neues gesagt.

Dagegen kann ich mich nicht einverstanden erklären mit der sogenannten relativen Indikation, dass nämlich auch bei solchen Querlagen dekapitirt werde, bei welchen eine Überdehnung der Cervix nicht gerade ausgesprochen ist, vorausgesetzt natürlich, dass der Tod des Kindes sicher feststeht. Für den Praktiker ist diese Indikationsstellung sicher ungeeignet. Eine Wendung in tiefer Narkose ist für den minder Geübten, vorausgesetzt, dass nicht die Dehnung des unteren Uterinsegmentes sie kontraindicirt, gewiss leichter auszuführen, als eine Dekapitation bei noch hochstehendem Halse, und in diesen Fällen würde der Hals jedenfalls noch hoch stehen. Nach unseren Ansichten wäre das Operiren nach der relativen Indikationsstellung Zweifel's eine instrumentelle Polypragmasie.

Auffallend ist die große Zahl der Dekapitationen in Zweifel's Klinik: 1 Dekapitation auf 650 Geburten, während wir 1 Dekapitation auf 1709 Geburten haben. Es drängt sich dabei die Frage auf, ob nicht so manche Dekapitation zur Erprobung des neuen Instrumentes ausgeführt wurde.

In der Klinik des Herrn Hofrathes Gustav Braun, dem ich für die liebenswürdige Überlassung der statistischen Daten auch an dieser Stelle ergebenst danke, wurden in den letzten $7^1/_2$ Jahren unter 23 929 Geburten 14 Dekapitationen ausgeführt.

Das größte Kind, das dekapitirt wurde, wog 4250 g, die Dekapitation, die ich ausführte, ging sehr leicht von statten.

Ein Fall ging am 9. Tage post partum an Sepsis zu Grunde. Der Fall ist folgender:

Marie R., Pr.-No. 1962 ex 1892, IVpara. Dorso-posteriore Querlage II. Position (eingekeilte Schulterlage). Die Gebärende wurde um 11 Uhr Nachts nach 4stündiger Wagenfahrt vom Lande in die Klinik gebracht, nachdem seit 10 Uhr Vormittags mehrstündige Wendungsversuche vergeblich geblieben waren.

Becken wenig allgemein verengt, platt, Conj. v. 8,3 cm, Kopf hoch, sehr starke Dehnungserscheinungen. Am linken Labium majus der hoch fiebernden Frau ein Hämatom in der Länge von 20 cm und Vorderarmdicke (Entbindungsversuch außer der Anstalt?). Incision des Hämatoms, Ausräumung.

Dekapitation wegen der enormen Dehnung des unteren Uterinsegmentes sehr schwierig, putrider Ausfluss aus dem Uterus. Gewicht der zerstückelten männlichen Frucht 3000 g.

Die uns interessirende Stelle des Sektionsprotokolles lautet: »Uterus über mannsfaustgroß, schlaff, seine Muskulatur leicht zerreißlich, seine Innenfläche mit vereiterten, fetzigen Membranen ausgekleidet, Cervix ziemlich eng, 8 cm lang, am äußeren Muttermunde seichte Einrisse«.

In 10 Fällen war das Puerperium afebril, in 3 Fällen febril, davon sind 2 puerperale Erkrankungen (Pr.-No. 397/1895 und 1039/1897), 1 Fall (Pr.-No. 125/1895) zeigte nur am 2. Tage post partum eine einmalige Temperatursteigerung von 38,3°.

In 2 Fällen außer dem an Sepsis gestorbenen beobachteten wir hohes Fieber intra partum, in dem einen Falle (Pr.-No. 859/1896, Ipara) betrug die Temperatur 39,0°, in dem 2. Falle führten wir die Dekapitation bei bestehender Tympania uteri und einer Temperatur von 39,8° aus (Pr.-No. 3025/1896). Beide Puerperien verliefen afebril.

In 2 Fällen bestand nachgewiesenermaßen schon vor der Dekapitation eine Verletzung des Uterus. In dem einen dieser Fälle (Pr.-No. 125/1895) handelte es sich um einen Cervixriss bis ans Peritoneum, der bei den außer der Klinik ausgeführten Wendungsversuchen entstanden war. Allgemein ungleichmäßig verengtes, leicht asymmetrisches Becken, Conj. vera 9,5 cm, verschleppte Querlage I. Position. Vorfall der Hand und der pulslosen Nabelschnur. Außer der Anstalt Wendung auf die Hand.

Dekapitation. Rumpf mit dem Kranioklasten extrahirt. Perforation des Kopfes mit Nägele, Extraktion mit dem Schlüsselhaken. Gewicht der dekapitirten Frucht 2150 g. Cervixriss bis ans Peritoneum. Intra-uterine Tamponade mit Jodoformgaze. Puerperium bis auf eine Temperatur von 38,3° am 2. Tage afebril.

In dem 2. Falle bereits bestehender Uterusverletzung (Pr.-No. 1348, 1894) handelte es sich um eine 34jährige VIpara; Querlage I. Position, eingekeilte Schulterlage, Vorfall der rechten Hand; Bandl'sche Furche, Kind todt.

Außer der Klinik waren wiederholte Wendungsversuche vorgenommen worden, wobei das untere Uterinsegment zerwühlt wurde. Pat. wurde blutend überbracht.

Dekapitation. Wegen Blutung nach Entfernung der Placenta intra-uterine Tamponade. Da die erste Tamponade nutzlos ist, wird sie rasch entfernt und erneuert. Da es auch durch diese durchzubluten beginnt, wird die Laparotomie ausgeführt. Amputation des Uterus mit extraperitonealer Stielversorgung. Das Puerperium verlief vollständig afebril. Die Frucht hatte ein Gewicht von 3000 g.

Es waren also in beiden Fällen Wendungsversuche außer der Anstalt erfolgt.

Unsere Statistik ist entschieden besser als die Zweifel's; während er unter 17 Fällen 2 Todesfälle in Folge von Uterusverletzung verzeichnet, haben wir unter 14 Fällen keinen in Folge von Verletzung des Uterus verloren. Unser Todesfall an Sepsis fällt, wie man aus der kurzen Krankengeschichte entnimmt, durchaus nicht der Klinik zur Last.

Es ist demnach nicht starrköpfiges Festhalten an den festgewurzelten Traditionen der Wiener Schule, sondern aus unserer relativ reichen Erfahrung geschöpfte, volle Überzeugung, wenn wir die als Überschrift für diese Be-

merkungen gesetzte Frage trotz anderer Ansicht so bedeutender Autoren auf das entschiedenste verneinen.

---

1) **Zabludowski** (Berlin). »Zur Therapie der Impotentia virilis.«

(Zeitschrift für diätetische u. physikalische Therapie Bd. III. Hft. 7.)

Die innigen Beziehungen zwischen Impotentia virilis und besonders nervösen Erkrankungen des Weibes lassen die Besprechung obigen Themas auch vor Frauenärzten berechtigt erscheinen, zumal wenn ein so erfahrener Praktiker das Wort ergreift, dessen therapeutische Vorschläge ceteris paribus auch bei der Behandlung des Weibes verwerthet werden können. Wenn Z. konstatirt, dass in den letzten $1^1/_2$ Decennien eine Zunahme solcher Erkrankungen stattgefunden habe, wo Coitus interruptus die Hauptschuld der Erkrankung bildete, so wäre es, meines Erachtens, vielleicht wirksam, wenn die Frauenärzte den Männern gegenüber mehr betonten, dass der Coitus interruptus nicht nur den Frauen, sondern auch ihnen selbst Schaden zu bringen im Stande sei.

Ein gewiegter Praktiker wie er ist, benutzt Z. alle modernen Heilfaktoren und versteift sich nicht auf die Massage als allein selig machendes Mittel; er macht eben so Gebrauch von der verbalen Suggestion, wie von diätetischen Maßnahmen, kurz allen jenen Faktoren, die uns die neuere Medicin gegen die Neurasthenie, deren Theilerscheinung die Impotenz ist, zur Verfügung stellt; ja auch die Massage wird von ihm in durchaus richtiger Auffassung, nicht allein zur Aufbesserung lokaler und allgemeiner Verhältnisse der Gewebe, der Cirkulation, Resorption und Assimilation, kurz der vegetativen Processe, sondern nicht zum mindesten im Sinne der Hebung der psychischen Verfassung ausgenutzt. Es will mir scheinen, als wenn der Frauenarzt hier viel lernen könnte, denn die Einschränkung der Massage beim Weibe auf die Fälle von Exsudatresten und allenfalls von Obstipation scheint mir zu weit gegangen und zum großen Theil, wie überall, wo Schlagworte gebraucht werden, verschuldet zu sein durch das Schlagwort »Onanie«, mit der die Massage beim Weibe identificirt wurde. Eben so wenig wie ich begreife, dass einzelne Ärzte behaupten können, das Radfahren löse beim Weibe erotische Gefühle aus, eben so wenig kann ich es begreifen, dass das Massiren Onanie sein soll; Schmerzen erregen vermag die Massage wohl, aber im Sinne der Onanie wirkt sie nur, wo sie absichtlich dazu missbraucht wird.

Nach dieser Einleitung hebe ich aus der interessanten Abhandlung Einiges heraus, was auch auf die Frau Anwendung finden dürfte. Z. berücksichtigt bei gleichzeitiger schwerer Defäkation besonders die Bauchmassage: nicht nur in Rückenlage, sondern auch in Seitenlage und in Knie-Ellbogenlage wird das Abdomen durchknetet und erschüttert, bei den letzten Lagerungen ist die Wirkung

der Massage auf die Blase und Inguinalgegend eine besonders ausgiebige. In der seitlichen und Bauchlage werden auch Analerschütterungen ausgeführt, die 3 mittleren Finger der rechten Hand werden über einem Handtuch fest auf den Anus aufgedrückt und in schnelle und energische Bewegungen versetzt.

Bei Störungen der Blasenfunktion legt Z. in Rückenlage die linke Hand oberhalb der Symphyse auf den Unterleib, während der rechte Zeigefinger vom Rectum her (beim Weibe natürlich von der Vagina her) auf die Blase drückt. Mit der linken Hand wird die Blase geknetet und dadurch in Bewegung gesetzt, dass die aufgelegten Finger in Vibration gebracht werden. Diese Vibrationen gehen bald in vertikaler, bald in horizontaler (seitlicher) Richtung. Außer den Vibrationen wird die Blase auch in Schleuderbewegungen versetzt und zwar dadurch, dass man ein Segment der Blase durch die Hautdecken erfasst und von rechts nach links und umgekehrt schiebt und zieht.

Indem Z. die Massage auf Abdomen und Oberschenkel ausdehnt, wirkt er einerseits auf die regelmäßige Koordinations- und Associationsthätigkeit des Geschlechtssystems, als er anderseits eine Herabsetzung oder Steigerung der Empfindlichkeit erreicht, und erzielt durch diese ausgleichende Wirkung günstige Resultate sowohl bei den paralytischen als auch bei den spastischen Formen der funktionellen Störungen.

Allen Bewegungen, die der Pat. macht, leistet der Arzt Widerstand und diese Widerstandsgymnastik erstreckt sich nicht nur auf die bekannten Bewegungen der Beine, Abduktion und Adduktion, Flexion und Extension, sondern auch auf das Einziehen und Vorstoßen der Bauchwand. Die Massage regt nicht nur die Darmfunktion an, sondern sie wirkt sogar durch die Depletion im Becken auf die Verkleinerung etwaiger hämorrhoidaler Knoten. Die Massage wird unterstützt durch allgemeine, nicht zu anstrengende körperliche Übungen, wie Spazierengehen, Rudern, Reiten, Lawn-Tennis; mit Vorliebe verordnet man eine bisher noch ungewohnte Übung.

Es wird weder die Hautpflege noch die psychische Behandlung vernachlässigt. Z. hat bei Schwächezuständen nach starken Gemüthsaffekten durch allgemeine Massage und durch Rückenklopfungen nicht selten sogar eine Verkleinerung der mit Gemütsdepression einhergehenden Herzerweiterung erzielt.

In Fällen relativer Impotenz, d. h. dem Ausbleiben der Erektion wegen der Gewöhnung an die Gefährtin und den dadurch bedingten Wegfall jeden Reizes, macht Z. die Pat. auf Lageveränderungen bei der Kohabitation aufmerksam; so entstehen neue Koordinationen und Associationen, wodurch sich auch neue Vorstellungen bilden und neue Impulse in »unversehrte Bahnen« geleitet werden.

Dies nur eine kleine Blumenlese aus der interessanten Schrift, die auch den Frauenarzt zu weiterem Nachdenken anregen dürfte.

Alfred Neumann (Berlin).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 26. Januar 1899.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Flaischlen.

I. Demonstration von Präparaten.

1) Herr Gottschalk: Fall von metastatischem Carcinoma ovarii bei primärem Adenocarcinoma corporis uteri myomatosi.

Die Präparate sind von G. mit glattem Erfolge durch die vaginale Totalexstirpation bei einer 55jährigen, erst seit der Menopause verheiratheten, sterilen Frau gewonnen worden. 4 Monate nach der Entlassung der Pat. stirbt der Ehemann an Blasencarcinom. Pat. selbst war 1 Jahr nach der Operation noch gesund, seitdem fehlen Nachrichten. Das Adenocarcinoma corporis uteri sitzt im Fundus und den angrenzenden Bezirken der vorderen und hinteren Wand, in der vorderen Corpuswand 2 kleinere Myome, letztere sind nicht malign erkrankt. Dagegen pendelt an dem lateralen unteren Pole des rechten, sonst senil atrophischen Ovariums ein derbes, kugliges, nicht ganz haselnussgroßes Knötchen, welches krebsig erkrankt ist und nach der Beschaffenheit des Stroma als Fibromyoma ovarii gedeutet werden kann; dort, wo der dünne Stiel dieses Fibromknötchens vom Ovarium abgeht, sitzt im Ovarium — also auch am Pole desselben — ein erbsengroßes, krebsiges, metastatisches Knötchen. Strukturell besteht auffallende Übereinstimmung zwischen den beiden metastatischen Herden und der Primärgeschwulst des Uterus. Das linke Ovarium war gesund, auch senil atrophisch. Follikel waren in beiden Ovarien nicht mehr aufzufinden.

Herr Bröse fragt Herrn Gottschalk, ob er die Ovarien mikroskopisch untersucht hat.

Herr Gottschalk: Ja, die mikroskopischen Schnitte durch Primärgeschwulst, Fibromknötchen und metastatisch erkranktes Ovarium sind im Nebenraume ausgestellt.

2) Herr Opitz stellt eine 27jährige Kranke vor, welche nach schwerer puerperaler Pyämie völlig genesen ist. Die Pat. machte 60 Schüttelfröste durch, nach Ablauf des Fiebers traten zahlreiche tiefe Hautabscesse auf. Die Erkrankung dauerte vom 4.—59. Tage des Wochenbettes, ein linksseitiges parametritisches Exsudat entwickelte sich in den ersten Tagen und ging bis zum 23. Tage völlig zurück. Die höchste, mehrfach erreichte Temperatur war 41,6°, die niedrigste beobachtete 35,6°. Die größte Schwankung innerhalb 12 Stunden betrug 5,4°.

Der innere Genitalbefund ist jetzt absolut normal. Der Fall hat, so weit bekannt, bis auf einen anderen die höchste Zahl von Schüttelfrösten überstanden; in jenem, ebenfalls in der Klinik beobachteten, wurden 70 Fröste gezählt. (Inaug.-Diss. von Fischer, Berlin, 1897.)

Die Prognose der Pyämie wird im Allgemeinen zu schlecht gestellt, sie ist stets ernst, aber nicht schlecht, insbesondere wenn Komplikationen ausbleiben und der 1. Monat der Erkrankung überstanden ist.

3) Herr Gebhard demonstrirt eine Niere mit Adenocarcinom, die er durch Nephrektomie gewonnen hatte. Die Kranke litt schon seit längerer Zeit an Blasenblutungen, von denen ohne Weiteres nicht festzustellen war, ob dieselben von der Blase selbst oder von der einen oder anderen Niere stammten. Dies war um so schwieriger zu ergründen, als im Abdomen kein Tumor nachweisbar war, auch keine Schmerzen in der Nierengegend, weder spontan noch auf Beklopfen derselben bestanden. Allein durch die Cystoskopie, die Herr Knorr so freundlich war vorzunehmen, gelang es, zu konstatiren, dass aus dem rechten Ureter ein Blutgerinnsel heraushing, während der linke Ureter klaren Urin lieferte. Die Opera-

tion durch Lumbalschnitt hat die Kranke, die jetzt am 13. Tage nach der Operation sich befindet, gut überstanden.

4) Herr P. Strassmann demonstrirt folgende Missbildungen:

a. Eine Frucht mit doppelseitigen Cystenhygromen am Halse. Sie ist von Cousin und Cousine erzeugt und das 3. Kind der Ehe. Das 1. war normal, das 2. ein Hydrocephalus. Die Säcke konfluiren nicht, sie haben die Ohren nach vorn gezogen, den Kiefer verschoben, so dass der Mund offen steht. Die Wirbelsäule ist sekundär lordo-skoliotisch. Die Extremitäten sind platt gedrückt. Die gewaltigen Säcke — 38 cm Umfang bei 23 cm Länge — haben die Frucht zum Foetus compressus gemacht. Demonstration der Röntgenaufnahme.

Einen anderen Fall von Cystenhygrom hat S. beobachtet, der bei einer Fußgeburt ein Geburtshinderniss bildete (photographische Abbildung), Punktion. Lebendes Mädchen, das bald danach zu Grunde ging. Auch hier hatte die Mutter vorher einen Hydrocephalus geboren.

b. Phokomele, von 29jähriger Ipara geboren. Sie entspricht dem Anfange des 7. Monates, 28 cm lang, Kopfumfang 34 cm. Encephalocele frontalis. Die Röntgenaufnahme ließ in den Robbenflossen keine Knochen erkennen. Bei der Präparation fanden sich dünne verkalkte Stränge. Die Missbildung gleicht einem vergrößerten Embryo des 2. Monates. Zwergwuchs ist nicht vorhanden, sondern verminderte Wachsthumsenergie der Extremitätenknochen.

c. Ein Anencephalus von 6,5 cm Länge, an dem man mit der Lupe eine doppelte Hasenscharte und Nabelschnurbruch erkennt.

II. Herr Bokelmann: Statistisches zur Zangenentbindung.

Der Vortr. stellt den aus verschiedenen Kliniken veröffentlichten Berichten über Zangenentbindungen mit ihren zum Theile stark von einander abweichenden Resultaten das Material seiner Privatpraxis gegenüber. Unter 307 stets mit demselben Modelle ausgeführten Zangenentbindungen waren 154 Beckenausgangszangen, während der Kopf 110mal in Beckenmitte, 43mal oberhalb des Beckeneinganges stand. Von den 305 mit Zange entbundenen Frauen (2mal wurden beide Zwillinge mit Forceps extrahirt) waren 219 Erstgebärende — darunter 59 alte von 30 Jahren und darüber — und 86 = 28% Mehrgebärende. Von den extrahirten Kindern waren 155 Knaben, 152 Mädchen. Das stärkste mit der Zange extrahirte Kind war ein 5250 g schweres Mädchen.

In Bezug auf die Indikationen entspricht das bekannte, für die Klinik aufgestellte Schulschema, dass die Indikation zur Zange nur durch eine Gefahr für Mutter oder Kind gegeben ist, nicht immer den Anforderungen der Privatpraxis. Aufs strengste aber soll bei der Indikationsstellung zwischen leichtem und schwerem Forceps unterschieden werden, und der letztere nur im Falle dringender Indikation in Anwendung kommen.

Von den der Zange von verschiedenen Seiten vorgeworfenen Schädigungen der Mutter — »die Zange die blutigste aller geburtshilflichen Operationen« — hat B. an seinem Materiale wenig gesehen. Speciell die mütterliche Mortalität wurde durch die Zange nicht ungünstig beeinflusst. Von den 305 Entbundenen starben im Wochenbette 3, sämmtlich an Eklampsie. Auch die Morbidität war eine günstige, in so fern nur ein Fall schwerer puerperaler Infektion vorkam, der in Genesung endigte. Von schwereren Verletzungen der Mutter erlebte B. 2 komplete Dammrisse, dagegen niemals bedenkliche Zerreißungen der Cervix und der Scheide. Für die Cervixrisse ist die Naht im Allgemeinen zu verwerfen, da wir mit einfacheren Blutstillungsmitteln auskommen. Von den sog. großen Cervix-, Scheiden- und Dammincisionen wurde niemals Gebrauch gemacht.

Gegenüber der in den Kliniken durchweg hohen, an einzelnen erstaunlich hohen (bis 27%) Mortalität der Kinder hatte B. unter den 307 mit der Zange extrahirten Kindern nur 13 todte (dazu 4 im Laufe der 1. Woche gestorbene). Unter den letzten 148 Zangen kein todtes Kind mehr. Strenge kritische Sichtung sämmtlicher Todesfälle führte zu dem Ergebnisse, dass in keinem einzigen Falle die Zange als solche mit Sicherheit als Todesursache angeschuldigt

werden kann, und dass in den wenigen Fällen, wo die Möglichkeit einer schädlichen Wirkung der Zange zugegeben werden muss, eine andere Entbindungsweise, speciell spontanes Abwarten, sicher nicht zur Geburt eines lebenden Kindes geführt haben würde.

Die durchweg viel schlechteren Resultate der Kliniken lassen sich nur zum Theile durch stärkere Belastung mit hochpathologischem Materiale, besonders mit engem Becken, erklären. Daneben spielt zweifellos ein zu strenges Festhalten an den Schulindikationen in der Ätiologie der kindlichen Mortalität eine bedeutende Rolle.

Zum Schlusse verwahrt sich der Vortr. ausdrücklich gegen die Annahme, als habe er einer zu freigebigen kritiklosen Anwendung der Zange das Wort reden wollen. Dem geübten Operateur aber muss in der Privatpraxis ein größerer Spielraum in der Anwendung des Forceps gestattet sein, während der Ungeübte wohl daran thun wird, sich streng nach den Lehren der Schule zu richten.

(Der Vortrag wird in extenso in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erscheinen.)

Die Diskussion wird vertagt.

---

3) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Philadelphia.

(Amer. gyn. and obst. journ. 1899. September—December.)

Sitzung vom 1. Juni.

W. Reynolds Wilson: Über Diagnose des Wochenbettfiebers.

Spricht über differentielle Diagnose von Wochenbettirrsinn, Typhus, Pneumonie, Malaria.

In der Diskussion bemerkt zunächst Schoemaker, dass die bakteriologische Untersuchung der Lochien doch in manchen Fällen im Stiche ließe, wie ein Fall von kriminellem Abort letzthin ihm gelehrt habe, in welchem trotz der heftigen toxischen Erscheinungen weder im Uterus noch im Blute des Herzens Streptokokken aufzufinden waren.

Krusen betont, dass die Unterscheidung von Typhus oft recht schwierig sei. Von 4 einschlägigen Fällen, welche er letzthin beobachtete, war der eine dadurch interessant, dass das Blut des Kindes, 10 Tage nach der Geburt untersucht, deutlich Widal'sche Reaktion zeigte.

Boyd bemerkt, dass es sehr schwierig sei, wenn nicht ganz unmöglich, eine Temperatursteigerung im Wochenbette von Anfang an richtig zu deuten.

Longaker betont, dass die Widal'sche Reaktion doch nicht so sicher sei, da dieselbe noch lange Zeit nach Ablauf der Krankheit sich finde.

da Costa konnte in einem Falle durch Ausbleiben des Befundes von Streptokokken feststellen, dass es sich um Malaria handelte. Chinin brachte dann rasche Heilung.

Auch Fischer betont die Wichtigkeit der bakteriellen Untersuchung. In einem Falle, den er vor kurzer Zeit beobachtete, stellte die Widal'sche Reaktion die bereits auf Puerperalfieber gestellte Diagnose richtig.

C. P. Noble spricht über Nephrektomie bei Carcinom der Niere. Er theilt einen Fall mit, welcher lange Zeit als Nierenstein behandelt wurde, wo durch Cystoskopie, Katheterismus des Ureters und Probeincision die Diagnose sichergestellt wurde.

Shoemaker betont gleichfalls die Wichtigkeit der neueren Untersuchungsmethoden für Diagnose und Behandlung.

Letzterer berichtet über mehrere interessante Fälle: Eine vereiternde Hämatocele nach ektopischer Schwangerschaft zeigt die Nothwendigkeit frühzeitiger Operation. Eine vereiternde kleine Dermoidcyste nach Abort. Typhus nach Operation, die Diagnose wurde durch Widal'sche Reaktion sichergestellt.

C. P. Noble widmet dem verstorbenen R. P. Harris einen Nachruf.

Sitzung vom 5. Oktober.

C. P. Noble und W. W. Babcock sprechen über eine neue Methode der Diagnose bei Tuberkulose der Nieren. Dieselbe besteht darin, mittels sterilisirter Katheter den Urin aus den Ureteren aufzufangen und das Sediment desselben Meerschweinchen einzuspritzen. In einem ausführlich mitgetheilten Falle gelang es, die Diagnose sicherzustellen. Hier waren aber auch andere Erscheinungen vorhanden, welche die Diagnose schon vorher fast sicher machten. N. ist jedoch der Ansicht, dass auch in Fällen beginnender Erkrankung die Methode ein sicheres Mittel zur Feststellung der Diagnose sei.

L. J. Hammond hebt dem gegenüber hervor, dass die Tuberkulose der Nieren sekundärer Natur sei, dass erst längere Zeit nach Erkrankung der Niere selbst sich Eiter und Blut im Urin zeige, dass dann aber der Process meistens bereits so weit vorgeschritten sei, dass ein operativer Eingriff nicht mehr in Frage kommen könnte. Und erst dann könne doch erst der Nachweis der Tuberkelbacillen gelingen.

Downes empfiehlt besonders warm zum getrennten Auffangen des Urins den Segregator nach Harris. Derselbe sei von ihm häufig in Anwendung gezogen worden und sei einfach, leicht anzuwenden und sicher.

H. L. Williams betont, dass der Nachweis von Bacillen im Urin noch nicht den Rückschluss erlaube, dass die Nieren erkrankt seien.

Noble entgegnet Hammond, dass in den 5 Fällen, die er heute kurz erwähnt, die Tuberkulose der Nieren eine primäre gewesen sei. Die Prognose sei also doch nicht so schlecht, wie Hammond annehme.

Hammond berichtet über einen Fall von submukösem Fibrom, in welchem sehr übelriechender Ausfluss bestand, so dass die Diagnose auf Carcinom in Frage kam. Nach Entfernung des Uterus erst konnte die Diagnose sichergestellt werden.

Engelmann (Kreuznach).

Verschiedenes.

4) J. R. Wallace (London). 6jährige Menostase, vikariirende Symptome an den Brüsten und Fettsucht, geheilt durch ein Intra-uterinpessar in 4 Wochen.

(Dublin journ. of med. science 1898. December.)

W. beobachtete in Kalkutta folgenden Fall: 29jährige Frau aus einer Familie, in der Neigung zur Fettsucht herrscht; sie selbst ist ansehnlich fett. Menstruirte regelmäßig seit ihrem 12. Jahre, verheirathete sich mit 19 und lebt nach 8 monatlichem Zusammensein getrennt von ihrem Manne. Der Mann verließ sie wegen »sexueller Impotenz«, d. h. völligem Mangel an sexuellem Triebe und Sterilität. Die Menstruationen, durchaus regelmäßig während der 8 Monate, sistirten seitdem plötzlich und völlig. Dafür, ohne jede Beschwerden seitens des Unterleibes, starke, schmerzhafte Schwellung der Brüste mit 4tägiger reichlich fließender Milchabsonderung in 4wöchentlichen Intervallen; begleitet von konstantem Zunehmen des Panniculus adiposus am ganzen Körper. W. wurde wegen eines fieberhaften Katarrhes konsultirt. Wie er dazu kam, diesen für eine vikariirende Erscheinung zu halten, wird aus seinem Berichte nicht klar. Kurz, er vermuthete es, legte am 25. Februar 1898 ein Intra-uterin-Pessar ein und nach 24 Stunden trat eine reichliche 3tägige Regel ein, die sich seitdem regelmäßig wiederholt hat. Milchansammlung verschwand, die Fettsucht ging in raschem Tempo zurück.

Zeiss (Erfurt).

5) Laroyenne. Pessar in Form eines gebrochenen Ringes.

(Lyon méd. 1899. März 26.)

Zwei feste Ringhälften sind an je 2 der 4 Endpunkte durch Kautschukstücken verbunden, die scharnierartig wirken. Die eine liegt im hinteren, die andere im

vorderen Scheidengewölbe. Die Möglichkeit des Zusammenlegens der Hälften soll besonders bei engem Introitus Vortheile gewähren, ein Nutzen, der allerdings selten ins Spiel kommen wird, da die Ringe besonders für große Prolapse empfohlen werden.

Zeiss (Erfurt).

6) W. Noetzel (Königsberg i/Pr.). Weitere Untersuchungen über die Wege der Bakterienresorption von frischen Wunden und die Bedeutung derselben.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LX. Hft. 1.)

Der polemische Theil dieser Arbeit kann an dieser Stelle nicht berücksichtigt werden. Dagegen bringt sie manches Wissenswerthe über die Ausbreitung der Bakterien im Thierkörper von einer Wunde aus, die der Verf. an der Milzbrandinfektion studirt hat. Es gelang ihm nach Impfung von einer Öse Milzbrand-Agarkultur in die Extremitätenmuskulatur bereits nach 5 Minuten Milzbrandkeime in den Lymphdrüsen und inneren Organen nachzuweisen. Die Rolle der Lymphdrüsen bei Infektionen fasst N. dahin auf, dass sie einerseits als mechanisches Hindernis wirken, andererseits bei ihrem großen Reichthum an Leukocyten baktericide Stoffe, die Alexine Buchner's, in reichlicher Menge nicht enthalten, sondern erzeugen, und zwar in dem Augenblicke, wo eine Infektion eintritt. Andererseits sind die Lymphdrüsen häufig der Sitz sekundärer und für die Therapie sehr schwer zugänglicher Infektionsherde. Man kann sie daher nicht schlechtweg als Schutzorgane des Körpers bezeichnen. Dass auch die Resorption von Bakterien mit Umgehung der Lymphapparate zu Stande kommen kann, davon ist Verf. überzeugt. Die mitgetheilten Versuche sind wohl geeignet, diese Anschauung zu stützen. Durch Vergleichsimpfung in die Muskulatur und andererseits in die Bauchhöhle oder in die Blutgefäße direkt ergiebt sich, dass eine Erkrankung (Milzbrand) nur dann erfolgt, wenn eine Ansiedlung der Bacillen auf einem umgrenzten Gebiete in einer Wunde möglich war. Bei Vertheilung auf große Flächen (Peritoneum) oder an vielen Stellen (Blutkreislauf) gehen die Keime, wenn sie nicht in großer Menge eingebracht werden, im Kampfe mit dem gesunden Gewebe zu Grunde. Die Absetzung des den Infektionsherd tragenden Gliedes mit Entfernung der region r n Lymphdrüsen muss daher auch bei virulentem Milzbrande das Thier retten, so lange die Zahl der in das Blut und die inneren Organe eingedrungenen Keime noch nicht so groß ist, dass sie an irgend einer Stelle im Kampfe mit den Schutzkräften des Thierkörpers Sieger bleiben, d. h. sich vermehren können. Trotz der Verbreitung bereits in 5 Minuten ist für den rein praktischen Standpunkt der Process so lange als rein örtlich anzusehen, als die Resistenz des Thierkörpers den bereits resorbirten Keimen gewachsen ist. Der Hauptkampf des Thierkörpers gegen die Infektionserreger, welcher mit dem Siege eines Theiles enden muss, spielt sich ohne Zweifel am Orte der Infektion selbst ab.

Calmann (Hamburg).

7) W. Noetzel (Königsberg i/Pr.). Über die baktericide Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LX. Hft. 1.)

Die Versuche des Verf. sollten ergründen, ob die Stauungshyperämie im Allgemeinen, ganz abgesehen von tuberkulösen Processen, die in einem Gewebe befindlichen Bakterien in irgend einer Weise beeinflusst. Er experimentirte mit Kaninchen, die mit Milzbrand und maximal virulenten Streptokokken inficirt worden waren. Am besten eignet sich zu diesen Untersuchungen das Ohr, das umschnürt und auf diese Weise hyperämisch wird. Einzelheiten über diese ziemlich schwierige und mühselige Technik sind sehr eingehend mitgetheilt und verdienen im Originale verfolgt zu werden. Bei 67 als gelungen zu betrachtenden Versuchen ergab sich, dass 51 Thiere die an und für sich sicher tödliche Infektion überstanden und zwar nur in Folge der Stauung. Die weitere Prüfung ergab, dass die baktericide Wirkung dem leukocytenreichen Stauungstranssudate zukommt, die nach Ansicht des Verf. sogar der Leistungsfähigkeit des normalen Blutserums überlegen ist. Damit

hält er in des Wortes vollster Bedeutung und ganz im Sinne Buchner's eine Koncentration der Alexine als Ursache der antiinfektiösen Wirkung der Stauungshyperämie für festgestellt. Wichtig ist jedoch, dass bei der Stauung jede Ernährungsstörung und die Entstehung eines chronischen Ödems verhindert werde. Denn diese heben nicht nur die bakterieide Wirkung auf, sondern sie begünstigen sogar die Infektion. Außerdem ist nur das frisch austretende Transsudat wirksam. Bei der therapeutischen Verwerthung dieser Thatsachen hat man also dafür zu sorgen, dass Transsudation und Resorption sich das Gleichgewicht halten und dass stets frisches Transsudat erzeugt wird. **Calmann** (Hamburg).

8) **J. Mikulicz** (Breslau). Die Desinfektion der Haut und Hände mittels Seifenspiritus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 24.)

Seit Anfang des Wintersemesters 1898/99 in der Breslauer chirurgischen Klinik angestellte Versuche haben M. ergeben, dass wir im Seifenspiritus ein Mittel besitzen, das sich, ohne Mitverwendung von Wasser, zur Desinfektion der Haut und unserer Hände vorzüglich eignet und den bisher bekannten, besten Desinfektionsmethoden als ebenbürtig an die Seite stellen lässt. Da die Desinfektion mit Seifenspiritus nur 5 Minuten erfordert, um das zu desinficirende Objekt keimfrei resp. so keimarm zu machen, wie es durch die bisherigen Desinfektionsmittel überhaupt möglich ist, so bedeutet sie einen Zeitgewinn. Ferner ist die Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit des Mittels wichtig, so wie die Thatsache, dass es die Haut selbst an den empfindlichsten Stellen nicht reizt, wenn die Einwirkung auf 5 Minuten oder Weniges darüber beschränkt bleibt. Auch scheint der Seifenspiritus eine gewisse Tiefenwirkung zu haben. Schließlich soll sich die Desinfektion mit demselben erheblich billiger als die bisherigen kombinirten Desinfektionsverfahren, namentlich mit Alkohol, stellen.

Die Händedesinfektion wird derart ausgeführt, dass, sind die Hände mit sichtbarem Schmutze verunreinigt, zunächst ein Stückchen Mull in Seifenspiritus getaucht und damit die Hand abgerieben wird, bis sie für das Auge gereinigt erscheint. Dann werden mit dem Braatz'schen Nagelreiniger die Unternagelräume gereinigt. Nun bearbeitet man 5 Minuten lang mit steriler Bürste die Hände in Seifenspiritus. Auch die Desinfektion des Operationsfeldes erfolgt ohne vorausgeschickte Wasserwaschung. **Graefe** (Halle a/S.).

9) **W. E. Fothergill** (Manchester). Über den Gebrauch des Senecio bei funktioneller Amenorrhoe.

(Edinb. med. journ. 1898. Mai.)

Nachdem die früheren Arbeiten über das Mittel von Murrell, Dalché und Heim, Bardet und Bolognesi besprochen sind, theilt Verf. seine eigenen Beobachtungen mit. Als deren Ergebnis glaubt er folgende Thesen etwa über die Wirkungsweise des Senecio aufstellen zu dürfen: Senecio — es wurde meist das Extr. liquidum, zu 3—4mal 20 Tropfen täglich, verabreicht — ist kein Ekbolicum; es ist wirkungslos bei Amenorrhoe in Folge von Anämie oder Phthise, wirkt dagegen sehr schön bei rein funktioneller Störung; dysmenorrhoische Beschwerden werden, nach Verf.s Erfahrungen, durch das Mittel nicht vermindert; die Quantität der Menstruation wird eher geringer, der Eintritt der Menstruation aber ziemlich sicher um 2—9 Tage beschleunigt, was vielleicht für gewisse Operationen, die man nach der nächsten Regel erst zu machen wünscht, Behufs Abkürzung der Wartezeit, zu verwerthen sein dürfte. Das Extrakt wirkt nach Verf. nicht durch Herbeiführung von Kongestionen zu den betr. Organen, sondern durch Anreiz auf den nervösen Mechanismus, der die Menstruation auslöst. **Zeiss** (Erfurt).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. Sonnabend, den 31. März. **1900.**

I. Die Behandlung des Nabelschnurrestes.

Von

F. Ahlfeld.

Ich kann den Ausspruch Martin's[1], dass die Fürsorge für eine erfolgreiche Behandlung des Nabelschnurrestes zur Zeit noch ein Pium desiderium sei, nicht unwidersprochen lassen. Für unsere Marburger Anstalt ist dies sicher nicht der Fall. Die Methode, die wir seit 3—4 Jahren benutzen, die ich ausführlicher in der zweiten Auflage meines Lehrbuches p. 157 und p. 188 beschrieben habe, deren auch in der von Martin mit herausgegebenen Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. X p. 123 gedacht worden ist, hat uns bei weit über 1000 auf einander folgenden Geburten nicht ein einziges Mal im Stiche gelassen, sowohl was die Verhütung

[1] Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 8. p. 157.

von Nabelinfektionen anbelangt als auch in Bezug auf Nachblutungen aus dem Nabelschnurreste.

Ich wundere mich, dass Martin dieser meiner Berichte in seiner Arbeit überhaupt keine Erwähnung thut.

Die Hauptprincipien unseres Verfahrens sind: Kürzung des Nabelschnurrestes auf das erlaubte Minimum, Betupfen des Restes sammt der Umgebung des Nabels mit 96%igem Alkohol, Auflegen einer Lage steriler Watte, die bei Unterlassung des täglichen Bades 5—6 Tage liegen bleiben kann, wenn nicht ihre Durchnässung mit Urin einen Wechsel erheischt. Im Speciellen verfahren wir so, dass wir nach der Geburt des Kindes die Nabelschnur ca. 8—10 cm vom kindlichen Nabel nach vorausgeschickter Unterbindung mittels eines Leinenbandes trennen, das Kind baden und nach ungefähr 1 bis $1^1/_2$ Stunde die sekundäre Kürzung des Nabelschnurrestes vornehmen. Zu diesem Zwecke wird an der nun bereits etwas kollabirten Nabelschnur ca. 1 cm vom Nabelkegel ein zweites Nabelschnurband fest umgelegt und $^1/_2$ cm außerhalb dieses Bandes die Schnur abgeschnitten. Jetzt folgt die Befeuchtung mit Alkohol und Verband mit steriler Watte und der Nabelbinde.

Ich prüfe jeden derartigen Vorschlag, der der Gesammtmasse der Hebammen empfohlen werden soll, natürlich zunächst auf seinen wissenschaftlichen Werth, dann aber auch vor Allem auf seine Ausführbarkeit in der allgemeinen Hebammenpraxis. Da, muss ich nun sagen, erscheinen mir die Vorschläge des Herrn Kollegen Martin nach zwei Seiten hin nicht unbedenklich. Die Empfehlung eines Seidenfadens zur Unterbindung der Nabelschnur führt bei etwas zu kräftiger Anwendung leicht zu Nabelschnurhämatomen. Selbst zu schmale Nabelschnurbändchen können in der Hand ungeschickter Schülerinnen eine Durchschneidung eines Gefäßes veranlassen, wie wir selbst zu beobachten Gelegenheit hatten.

Noch bedenklicher aber scheint mir der Vorschlag einer Glühschere zu sein, mit der $1^1/_2$ cm über dem Bauche des Kindes die Abtragung des Nabelschnurrestes vorgenommen werden soll. In Anstalten unter Aufsicht geübter Assistenten und Hebammen wird man auch einer Hebammenschülerin diese Vornahme überlassen können, ohne dass das Kind geschädigt wird. In der allgemeinen Praxis würde es eine Anzahl von Verbrennungen geben, und die Eltern würden sich bald wehren, würde die Hebamme mit ihrer Glühzange angerückt kommen.

Ob wirklich durch das Abschneiden mit einer Glühschere eine genügende Sicherung vor Nachblutung geschaffen wird, dazu ist die Beobachtung von 30 Fällen nicht hinreichend; ich möchte es bezweifeln. Ja, wenn das Verfahren bedeutend mehr leistete als andere, besonders auch als das von uns empfohlene, so müsste man einen kleinen Nachtheil wohl mit in den Kauf nehmen. Da dem aber nicht so ist, wie die Statistik unserer Anstalt beweist, indem Nabelerkrankungen seit einer Reihe von Jahren ganz und gar fehlen, so

kann ich wohl behaupten, wie ich das auch schon in der Monatsschrift gethan habe, dass mittels unseres Verfahrens das denkbar günstigste Ergebnis erreicht worden ist.

II. Schwangerschaft und Geburt nach Hysterokolpokleisis.

Von

Dr. Menge,

Privatdocent an der Universität Leipzig.

(Mitgetheilt in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Leipzig.)

M. H. Der Fall, über welchen ich Ihnen heute berichten möchte, liegt sehr eigenartig. In der Litteratur, die ich allerdings nur oberflächlich auf ähnliche Vorkommnisse durchgesehen habe, fand ich Gleichartiges nicht erzählt, und dieser Umstand veranlasst mich, die Mittheilung, wenn sie aus dem Rahmen der klinischen Kasuistik auch nicht heraustritt, doch etwas ausführlicher vorzulegen.

Im Sommer 1896 wurde in die Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig eine 35-jährige Frau L. aus Liebersee aufgenommen, welche angab, dass seit ihrer siebenten, 2 Monate vor der Aufnahme in die Anstalt erfolgten, rechtzeitigen Niederkunft beständig der ganze Urin unwillkürlich durch die Scheide abfließe.

Die Aufnahmeuntersuchung ergab als Resultat das Bestehen einer großen Blasen-Cervix-Scheidenfistel violenten Ursprungs, welche bei der Wendung und Extraktion der Frucht am Beckenende entstanden war.

Die Fistelöffnung war von sehr bedeutendem Umfange, so dass man mit 2 Fingern durch den Defekt in die Blasenhöhle eindringen konnte. Eine Prolabirung der Blasenwand durch das Loch war noch nicht vorhanden. Doch bestand, wie gewöhnlich in solchen Fällen, eine entzündliche Reizung sowohl der Blasenschleimhaut, als auch der Scheide und der Haut der äußeren Genitalien.

Die Fistel saß im vorderen Scheidengrunde. Von der vorderen Muttermundslippe war nichts zu finden, den hinteren Rand der Fistel bildeten die kümmerlichen Reste des Labium posterius.

Wegen des ausgedehnten Defektes und der morschen und starren Beschaffenheit des die Fistel begrenzenden Gewebes war an eine einfache vaginale Schließung der Öffnung nach Anfrischung der Fistelränder gar nicht zu denken. Die anatomischen Verhältnisse lagen in Folge der bei der geburtshilflichen Operation zu Stande gekommenen Uteruszerreißung so ungünstig, dass von vorn herein an eine abdominale Fisteloperation gedacht wurde, bei welcher nach Ablösung der Blase von der theilweise zerstörten Cervixwand und nach dadurch erreichter Mobilisation der Fistelränder die Blase isolirt vernäht und der Defekt eventuell mit Hilfe des Uterus gedeckt werden sollte.

Dieser auch wegen der Unsicherheit über die linksseitigen Ureterverhältnisse in Aussicht genommene Eingriff wurde am 4. Juni 1896 in folgender Weise von Herrn Geh.-Rath Zweifel durchgeführt.

Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie bei Horizontallage der Pat. Zwischen Netz, zahlreichen Darmschlingen und der vorderen Bauchwand bestehen vielfache peritoneale Adhäsionen, welche stumpf getrennt werden. Eventration der Darmschlingen. Beim Einblick in das kleine Becken sieht man den Uteruskörper in gewöhnlicher Anteversions-Flexionslage und in richtiger Form und Größe vor sich. Die rechten Adnexe sind völlig unverändert, die linken dagegen in einen kleinen, anscheinend entzündlichen Tumor verwandelt, welcher mit dem Uterus selbst und mit der übrigen Umgebung dicht verwachsen und von peritonealen

Schwarten überdeckt ist. An der rechten vorderen Collumwand ist die Blase in gewöhnlicher Höhe gut verschieblich nachzuweisen, links dagegen ist sie in die Höhe gezogen und sehr fest mit dem Uterus verwachsen. Nachdem die Grenze zwischen Blase und Uterus mit dem Katheter bestimmt ist, wird der Peritonealüberzug der vorderen Uteruswand oberhalb der Blasengrenze mit der Schere quer durchschnitten und dann der Versuch gemacht, mit Finger und Schere theils stumpf, theils scharf im vesico-uterinen Zellgewebe nach unten vorzudringen und die Blase vom Collum abzulösen. Dabei ergeben sich in der linken Seite große Schwierigkeiten. Bei dem Versuche, hier den Uterus von der Blase zu befreien, auf die Fistel vorzudringen und den linken Ureter freizulegen, wird durch den grabenden Finger ein altes, walnussgroßes Hämatom eröffnet, welches als Residuum der hier stattgehabten Uteruszerreißung gefunden wird. Nach langen Bemühungen gelingt es die Blase vom Uterus ganz zu trennen und die Fistel völlig frei zu legen. Der Ureter konnte in dem Narbengewebe jedoch nicht gefunden werden.

Von der Bauchhöhle aus erkennt man nun, dass die vordere linke Cervixwand ganz fehlt und der Cervicalkanal in seiner ganzen Ausdehnung frei zu übersehen ist. Zur Orientirung, die bei der Zerfetzung der Gewebstheile sehr schwierig ist, wird durch die Urethra ein Katheter in die Blase eingeführt, über diesem die Fistel sorgfältig vernäht und die Nahtlinie noch mit einer etwas vorspringenden Gewebsleiste gedeckt.

Bei Anfüllung der Blase mit Wasser erweist sich der Abschluss als ein völlig dichter. Um eine Verschließung der Uterushöhle durch Aufwachsen der Blase auf die wunde Cervix zu verhüten, wird von der Scheide aus ein dünner weicher Gummischlauch durch den inneren Muttermund in die Uteruskörperhöhle hinaufgeschoben und mit einer Katgutligatur in der Gegend des inneren Muttermundes befestigt.

Hierauf wird durch Wiedervereinigung der Ränder des quergeschlitzten Peritoneums die Bauchhöhle nach der Scheide, dem Uterus und der Blase zu vollkommen abgeschlossen. Schließlich versuchte Herr Geh.-Rath Zweifel die Möglichkeit einer erneuten Konception dadurch auszuschalten, dass er die rechte wegsame Tube am uterinen Ende mit einem Seidenfaden fest umschnürte und das rechte Uterushorn mit diesem Seidenfaden und einem zweiten, welcher das Ligamentum rotundum dextrum umfasste, an die seitliche vordere Bauchwand befestigte. Die linken Adnexe waren, wie schon erwähnt, vollkommen unter Verwachsungsmembranen verborgen, so dass auf dieser Seite eine Tubenunterbindung überflüssig erschien. Accessorische Tubenostien waren nicht nachweisbar.

Nachdem die Bauchhöhle trocken ausgetupft und die Darmschlingen reinventrirt waren, wurde die Bauchwunde durch Etagennaht abgeschlossen.

Die Pat. ertrug den langdauernden Eingriff sehr gut und lag 6 Tage hindurch trocken. Am Abende des 6. Tages nach der Operation fing jedoch der Urin nach einer vorübergehenden Temperatursteigerung wieder an unwillkürlich abzufließen. Im Übrigen bestand Wohlbefinden, die Bauchwunde heilte per primam und die Pat. erholte sich rasch.

Am 1. Juli 1896, also 27 Tage nach der Laparotomie, wurde die Pat. zum zweiten Male operirt. Dieses Mal führte Herr Geh.-Rath Zweifel die Hysterokolpokleisis aus. Da durch die erste Operation die Öffnung im Scheidengrunde wesentlich verkleinert und die Fistelränder mobiler geworden waren, ließ sich die möglichst breit angefrischte hintere Muttermundslippe mit der gleichfalls ausgedehnt wundgemachten vorderen Scheidenwand relativ leicht durch die Naht vereinigen.

Im Anschlusse an diese Operation urinirte die Pat. stets willkürlich und lag in bestem Wohlbefinden dauernd trocken. Am 21. Tage nach der zweiten Operation wurden die zur Schließung der Fistel verwendeten Silkfäden entfernt. Es hatte sich im Scheidengrunde eine gleichmäßige derbe Hysterokleisisnarbe gebildet. Am folgenden Tage stand Pat. auf und am 24. Tage nach der Operation wurde sie mit der bestimmten Erklärung entlassen, dass das Eintreten einer Schwangerschaft für die Zukunft mit Sicherheit ausgeschlossen sei, eine Erklärung, welche nach der erfolgreichen Hysterokolpo-

kleisis, der Unterbindung der rechten Tube mit Seide und der Konstatirung des linksseitigen Tubenverschlusses wohl jeder der Genesenen ohne Bedenken abgegeben haben würde, besonders da damals über das Versagen der Tubenunterbindungen und Tubendurchschneidungen dem vordringenden Zoosperm gegenüber noch nichts in der Litteratur verlautet war.

Nach der zweiten Operation fühlte sich Frau L. dauernd wohl und menstruirte regelmäßig durch die Blase bis zum Anfang des Jahres 1899.

Im April 1899 blieb die Menstruation aus. Seitdem war der entleerte Urin stets vollkommen klar, ohne jede Blutbeimischung.

Am 2. Oktober sah ich die Pat. zum ersten Male wieder. Sie erklärte, sie fühle sich schwanger. Ihr Leib sei in den letzten Monaten wesentlich umfangreicher geworden, seit ca. 4 Wochen bemerke sie deutlich kindliche Bewegungen, und in der letzten Zeit sei der Urin gelegentlich in geringer Menge, besonders des Nachts, unwillkürlich abgeflossen; doch könne sie nicht bestimmt entscheiden, ob der Urin dabei durch die Harnröhre oder durch die Scheide austrete. Bei Anstrengungen der Bauchmuskulatur käme es gleichfalls öfters zu einem unwillkürlichen Hervorsprudeln des Urins, namentlich beim Lachen, Nießen und Husten. Sie leide überhaupt unter häufigem Urindrang.

Bei der Untersuchung fand ich die Bauchdecken halbkugelig vorgetrieben durch einen Tumor, welcher in Größe, Form und Konsistenz einer Gebärmutter im 6. Schwangerschaftsmonate entsprach, aber ganz extramedian rechts in der Bauchhöhle zu fühlen war. Bei längerem Betasten erhärtete sich dieser Tumor, und dann fiel es besonders auf, dass er an der vorderen rechten Bauchwand adhärent war. So bald die Tumorwand sehr schlaff war, fühlte man innerhalb derselben einzelne Resistenzen, welche Theilen einer kleinen Frucht entsprechen konnten. Kindliche Bewegungen wurden objektiv nicht wahrgenommen, doch gelang es nach längerem Suchen, mit Sicherheit sehr leise kindliche Herztöne aufzufinden.

Damit war nun die Diagnose der Schwangerschaft, die mir in Erinnerung der Anamnese etwas ungeheuerlich erschien, schon durch die äußere Untersuchung allein gesichert, und es galt nun durch die innere Untersuchung den Weg klar zu legen, welchen die Zoospermien gegangen waren.

Bei der kombinirten Untersuchung fühlte man mit dem in der Scheide liegenden Finger zunächst ein völliges Fehlen der Portio vaginalis. Die Scheide stellte einen gut dehnbaren Blindsack dar, welcher sich nach oben trichterförmig etwas verjüngte. Das Ende dieses Blindsackes wurde von einer sehr dünnen, glatten Membran gebildet, hinter welcher deutlich ein größerer kindlicher Theil gefühlt werden konnte.

Bei der Untersuchung mit dem Scheidenspiegel konnte in dem fast völlig glatten Scheidengrunde nirgends eine Öffnung in der Schleimhaut wahrgenommen werden. Nach der linken Seite zu befand sich eine über das übrige Schleimhautniveau etwas vorspringende, ganz niedrige kurze Gewebsleiste. Doch konnte ich auch hinter dieser weder mit dem Auge noch mit einer feinen Sonde eine Öffnung auffinden.

Eine Füllung der Blase mit sterilisirter Milch habe ich damals leider unterlassen. Doch war der Gesammtbefund ein derartiger, dass ich mich zu der Annahme berechtigt glaubte, das befruchtende Zoosperm müsse durch die Urethra und die Blasen-Cervixöffnung hindurch dem Ei entgegen geschwommen sein, nachdem die um die rechte Tube gelegte Seidenligatur eine Obliteration der Tube nicht zu Wege gebracht hatte. Den gelegentlich des Nachts erfolgenden geringen unwillkürlichen Urinabfluss bezog ich auf die verminderte Kapacität der Blase, auf welcher der schwangere, ventrifixirte Uterus lastete.

Um der Pat. eine Zerreißung der Hysterokleisisnarbe, eine neue Kommunikation zwischen Blase und Scheide und eventuelle ausgedehntere Zerreißungen der Blase zu ersparen, schlug ich ihr vor, am Ende der Schwangerschaft den Kaiserschnitt nach Porro ausführen zu lassen. Die supravaginale Entfernung des Uteruskörpers hatte ich theils zur sicheren Sterilisirung der Pat. in Aussicht genommen, zum Theil auch desshalb vorgeschlagen, weil mir nach einem konservativen Kaiser-

schnitte ein genügender Abfluss des Lochialsekretes durch die Fistel nicht gesichert erschien.

Der Vorschlag wurde von der Pat. schweren Herzens acceptirt, und sie kehrte zunächst nach Hause zurück, mit der Absicht, im December in die Klinik einzutreten. Aber schon am 2. November 1899 kam sie Abends um 8 Uhr mit heftigen Wehen in die Anstalt und wurde dort sofort zur Laparotomie vorbereitet.

Die kombinirte Untersuchung ergab, dass, obwohl ein Fruchtwasserabfluss durch die Scheide nicht bemerkt worden war, der Steiß des Kindes tief in die Scheide heruntergetreten war, nachdem er die Hysterokolpokleisisnarbe gesprengt hatte. Unter heftigen Wehen wurde der Steiß des Kindes allmählich in der Vulva sichtbar, und um 9 Uhr Abends eine weibliche, 37 cm lange, lebende Frucht nach leichter Entwicklung des kindlichen Kopfes geboren. Der Blutabgang war nach der Geburt des Kindes ein ganz mäßiger.

Noch während die Placenta in der Uterushöhle saß, füllte ich die Blase mit Wasser an, um zu sehen, ob dieselbe durch die Cervix mit der Scheide kommunicire. Dabei stellte es sich heraus, dass die Spülflüssigkeit durch die Scheide nicht abfloss; bei der Ausheberung der Blase wurde aber dem zurückfließenden Wasser allmählich Blut zugemischt, ein Beweis dafür, dass die Kommunikation vorhanden war.

Einige Zeit nach der Geburt des Kindes trat eine heftige Blutung aus der Scheide auf, welche, da sie spontan und auch auf Uterusmassage nicht zum Stehen kam, zur manuellen Expressio placentae Anlass gab. Eine genauere lokale Untersuchung von der Scheide und Cervix aus wurde post partum unterlassen, damit die Asepsis nicht gestört wurde.

Das Wochenbett verlief völlig normal. Vom ersten Tage an floss durch die Scheide nur ein geringer Theil der Lochien ab. Dagegen war der Urin, welcher in toto immer spontan entleert wurde, häufig mit blutig-schleimigen Lochien untermischt. Am 12. Tage nach der Niederkunft stand Pat. auf und 2 Tage später wurde sie mit kontinenter Blase entlassen.

Auch bei der Entlassung wurde im Interesse der Pat. eine genauere örtliche Untersuchung mit Finger und Spiegel unterlassen in der Annahme, dass frische Verklebungen, welche die Fistel abgeschlossen hatten, zerstört werden könnten.

Das Kind war am 2. Tage nach der Geburt gestorben.

Ca. 7 Wochen nach der Entbindung stellte die Pat. sich wieder vor mit der Angabe, dass sie am 9. December zum ersten Male eine 8tägige Menstruationsblutung gehabt habe. Das Blut sei ungefähr zur Hälfte durch die Scheide, zur anderen Hälfte mit dem Urin durch die Blase abgesondert worden. Die Blase sei zwar völlig kontinent, doch müsse sie sehr häufig Wasser lassen und auch des Nachts 2mal in Folge von Urindrang aufstehen. Irgend welche andere Beschwerden seien nicht vorhanden.

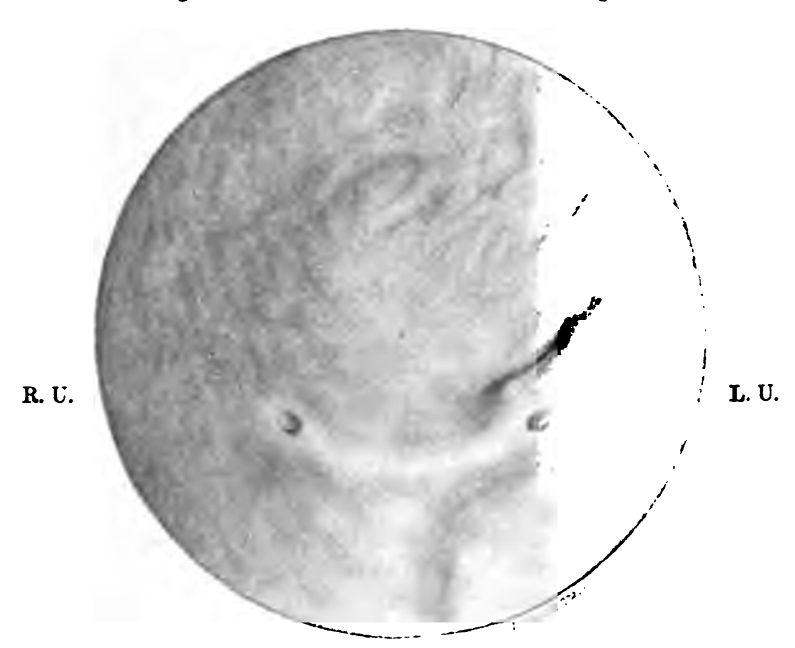
Bei der Untersuchung mit dem Scheidenspiegel fand ich im Scheidengrunde links eine kleine, trichterförmige Vertiefung, in welche eine feine Uterussonde leicht ungefähr 7 cm tief eindringt. Die kombinirte manuelle Untersuchung ergiebt, abgesehen von der verunstalteten, fast ganz in Verlust gerathenen Portio vaginalis, deren restirende hintere Lippe aus einem kümmerlichen Höckerchen besteht, und dem kleinen Recessus in der linken Scheidengrundecke keine Besonderheiten.

Bei Anfüllung der Blase mit Milch kann man ungefähr 100 ccm einfließen lassen, ohne dass Füllflüssigkeit durch die Scheide abfließt. So bald aber diese Menge wesentlich überschritten wird, stürzt plötzlich ein Theil der Milch durch die Scheide heraus.

Nachdem ich die Milch aus der Blase mit Wasser wieder völlig ausgespült hatte, füllte ich 100 ccm Wasser von Neuem ein und suchte hierauf die Blase mit dem Cystoskop ab. Dabei fand ich folgendes Bild: Ungefähr $1/2$ cm von der linken Ureterenmündung entfernt etwas nach oben und nach der Medianlinie zu gelegen befindet sich ein schräg von oben und außen nach unten und innen verlaufender, ca. $1 1/2$ cm langer, sichelförmiger Schlitz in der Blasenschleimhaut, dessen Ränder so zu einander

liegen, dass der obere dachziegelartig über den unteren ein wenig herüberragt und durch das in der Blase befindliche Wasser wie ein Klappenventil gegen den unteren Rand herangedrückt wird. Durch diesen Ventilverschluss war die Möglichkeit gegeben, die Blase durch Wasser so weit zu entfalten, dass auch der Schlitz mit dem Blasenspiegel schön zu übersehen war. Er lag innerhalb des Wasserniveaus dicht geschlossen. Erst bei stärkerer Füllung der Blase wird der Schlitz etwas aus einander gezerrt und das Füllwasser fließt dann sofort durch die Scheide ab [1].

Das Klappenventil in der Blasenwand funktionirt demnach so, dass wohl aus der Uterushöhle Flüssigkeit in die Blase übertreten kann; daher die Blutabsonderung durch die Urethra bei der Menstruation. Dagegen verhindert das Klappenventil das Überfließen von Urin aus der Blase in den Uterus, so lange die Blasenwand durch den Blaseninhalt nicht so stark gespannt wird, dass die Klappe insufficient wird. Daher die Kontinenz der Blase und die Möglichkeit der spontanen Urinentleerung auch noch nach der letzten Entbindung.



Dieser Befund erscheint mir an sich schon interessant und mittheilenswerth. Außerdem legt er aber auch trotz des absolut negativen lokalen Befundes im Scheidengrunde während der Schwangerschaft den Gedanken nahe, dass der Weg des befruchtenden Zoosperms doch vielleicht durch eine im Scheidengrunde befindliche, nach der Hysterokolpokleisis zurückgebliebene, kleinste Öffnung und nicht

[1] Ich habe versucht in der nebenstehenden Abbildung das Verhalten der Fistelöffnung wiederzugeben. Zur besseren Orientirung ist ein größerer Theil der Pars ante- und postureterica der Blasenwand und nicht nur die Partie des Blaseninnern dargestellt, welche einem Gesichtsfelde des zur Untersuchung benutzten Leiter'schen Cystoskopes entspricht. Das Bild ist demnach durch die Zusammenstellung der nach und nach mit dem Blasenspiegel betrachteten Partien der Blasenwand konstruirt.

durch die Urethra und die Fistel führte. Das zum Uterus leitende Orificium daselbst muss dann allerdings so fein gewesen sein, dass es für das unbewaffnete Auge nicht erkennbar und für eine feine Sonde nicht passirbar war.

Der Urin konnte wegen des Klappenverschlusses in der Blasenwand durch die feine Öffnung nach der Scheide nicht abfließen. Das Menstrualblut aber fand vor der Schwangerschaft den Weg nach der Vagina desshalb nicht, weil der zähe Cervicalschleim die feine Öffnung im Scheidengrunde verstopfte. Das Blut ergoss sich in der Richtung des geringsten Widerstandes und floss durch die Fistel und die Blase ab. Das mit Eigenbewegung ausgestattete Zoosperm dagegen konnte sich in dem ihm zusagenden alkalisch reagirenden Schleimfaden nach der Uteruskörperhöhle hinaufschlängeln.

Das Zutreffen dieser rein spekulativen Betrachtung kann natürlich jetzt nicht mehr bewiesen werden; aber wenn man dieselbe der ganzen Beobachtung zu Grunde legt, dann verliert der Fall das Befremdende und Seltsame, was mit der Annahme einer Schwängerung durch die Urethra, die Blase und die Fistel verknüpft ist.

Auch dafür, dass eine feste Ligirung der Tube mit Seide nicht immer im Stande ist, die Tube dauernd unwegsam zu machen, ist die Beobachtung ein neuer Beleg. Sie bestätigt die Mittheilungen von Fritsch, Rühl, Abel, Fränkel u. A., durch welche der bekannte Leopold'sche Beweis für das Vorkommen der äußeren Überwanderung des Eies hinfällig geworden ist.

Noch eine Bemerkung zum Schlusse.

Die Lage einer Fistelöffnung in der Blase in unmittelbarster Nachbarschaft der Uretermündung ist für den Operateur erfahrungsgemäß sehr unangenehm, da er bei der Umschneidung und Vernähung der Fistel leicht mit dem Ureter in Konflikt kommen kann.

Winter macht schon in seinem Lehrbuche der gynäkologischen Diagnostik darauf aufmerksam, dass die Cystoskopie unter Umständen einen vorzüglichen Aufschluss über die Lage des Ureters zum Fistelrande giebt.

Gerade in Anlehnung an den oben beschriebenen cystoskopischen Befund möchte ich noch einmal den hohen Werth der Blasenspiegelung für den Fisteloperateur betonen und die Vermuthung hinzufügen, dass es durch die Verwendung des Kolpeurynters auch bei großen Blasenöffnungen gelingen dürfte, das zur Cystoskopie nöthige Füllwasser in der Blase zurückzuhalten und durch die Einführung einer Sonde in den entsprechenden Ureter, welche während der Fisteloperation liegen bleiben und stets getastet werden kann, unliebsame Begegnungen mit dem der Fistel naheliegenden Harnleiter zu vermeiden.

Nachtrag.

Durch das Studium der großen kasuistischen Zusammenstellung von F. L. Neugebauer im Archiv für Gynäkologie 1888 p. 270 u. ff.

über Vesicouterinfisteln und Vesicocervicouterinfisteln bin ich mit einem sehr interessanten Falle nachträglich bekannt geworden, welchen J. R. Lane unter der Überschrift »On vesico-uterine fistula, case in which pregnancy occurred after closure of the os uteri by operation« in Lancet 1864 p. 207 veröffentlicht hat, und welcher mit der von mir berichteten Beobachtung eine sehr große Ähnlichkeit hat.

Lane operirte eine reine Vesicocervicalfistel durch Hysterokleisis und erreichte dadurch absolute Continentia urinae und regelmäßige Menstruation durch Blase und Urethra.

Nach einiger Zeit konsultirt die operirte Pat. Lane wieder wegen Cessatio mensium. Er findet einen vergrößerten Uterus und nimmt, da er im Scheidengrunde durch wiederholte Untersuchungen eine Öffnung nicht entdecken kann, an, die Fistelöffnung habe sich nach der Blase zu spontan geschlossen, und es sei eine Hämatometra entstanden. Diese beschließt er durch Spaltung der Hysterokleisisnarbe mit dem Messer zu beseitigen, was jedoch angeblich wegen der Härte der Narbe nicht möglich war. Er stach deshalb einen dünnen Trokar durch die im Speculum eingestellte Narbe hindurch und führte zur Erhärtung seiner Annahme, dass er in die Uterushöhle vorgedrungen sei, eine Bougie 3 Zoll tief durch die Stichöffnung ein. Zwei Tage später erfolgte die Ausstoßung einer Frucht vom 4. Schwangerschaftsmonate. Seitdem lag die Kranke wieder nass und wurde einige Zeit später abermals mit Erfolg durch Hysterokleisis operirt.

Lane nimmt nun trotz seiner wiederholt erhobenen negativen Untersuchungsergebnisse an, dass das imprägnirende Zoosperm nicht durch die Urethra, sondern durch einen vielleicht durch die Drahtnaht geschaffenen kapillären Kanal in der Muttermundslippe vorgedrungen sei; dieser Kanal muss aber so fein gewesen sein, dass weder Urin noch Menstrualblut durch ihn abfließen, Auge und Finger des Untersuchers seine Existenz nicht entdecken konnten.

Als Hauptstütze für diese jeder festen Grundlage bare Auffassung führt Lane die Thatsache an, dass, abgesehen von seinem Falle, niemals nach einer gelungenen Hysterokleisis oder Kolpohysterokleisis Schwangerschaft eingetreten sei.

Nun mein Fall stellt sich der Beobachtung von Lane an die Seite, und beide zusammen lassen doch wieder den Gedanken von der Möglichkeit einer Schwängerung durch ein in das Vestibulum und in die Harnröhre verirrtes Zoosperm mehr in den Vordergrund treten.

---

1) **A. Martin** (Greifswald). Die Versorgung des Nabels der Neugeborenen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 8.)

M. ist mit dem bisher empfohlenen Verfahren der Behandlung der Nabelschnur des Neugeborenen nicht zufrieden. Verschiedene in der Greifswalder Frauenklinik angestellte Versuche geben ihm Veranlassung, die folgende Methode zu empfehlen: Nachdem das Kind zunächst in üblicher Weise abgenabelt und die Mutter versorgt

worden ist, wird dem inzwischen gebadeten und abgetrockneten Kinde um den Nabel eine feuchte Gazekompresse gelegt. Ein steriler Seidenfaden wird an den Grenzen des Hautrandes um die Nabelschnur gelegt und fest angezogen. Dann wird der Nabelstrang 1—1$^1/_2$ cm oberhalb davon mit einer inzwischen glühend gemachten gewöhnlichen Brennschere durchbrannt. Der Brandschorf wird mit einem sterilen Gazeläppchen bedeckt, der Nabel im Übrigen wie sonst verbunden.

Bei 30 Kindern, bei welchen M. bisher dies Verfahren angewandt hat, ist eine Nachblutung nicht eingetreten, eben so wenig eine Erkrankung. Die Wirkung des Brandschorfes war eine überraschende. Schon am 2. Tage war der Hautnabel vollständig in das Niveau der Bauchhaut gesunken; am 4.—5., in einigen Fällen am 6. Tage war der Brandschorf mit der Ligatur abgefallen. Die Hautfalte hatte sich vollständig über den Nabel gelegt, so dass man Mühe hatte, eine stecknadelkopfgroße granulirende Fläche zu sehen.

M. rühmt der Methode Sicherung vor Nachblutung, Verringerung der Infektionsgelegenheit durch rasche Einziehung des Nabels und Bedeckung der Stumpffläche durch die Hautfalten so wie vollkommen sichere Durchführbarkeit auch in der Hand von ungeübten Studenten und besonders Hebammenschülerinnen nach.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) **Noble** (Philadelphia). Der wahre Konservatismus in der Gynäkologie.

(Sonderabdruck aus Pennsylv. med. journ. 1899. Februar.)

Der wahre therapeutische Konservatismus umfasst alle Maßregeln, die auf das Beste des Kranken gerichtet sind, besteht also keineswegs immer in Zuwarten und Nichtsthun, sondern häufig ist Ausführung von Operationen erst recht ein konservatives Verfahren im höheren Sinne. Hierzu gehört zunächst der frühzeitige Schluss von Cervixrissen, die in der Geburt entstanden sind und unmittelbar danach vom Geburtshelfer genäht werden sollten. Schon wenn man diese Operation nur 2—3 Stunden aufschiebt, thut man gut, durch Schaben mit dem Messer die Wundflächen anzufrischen, während dies unmittelbar nach der Geburt natürlich nicht nöthig ist. Dasselbe gilt von Dammrissen und Scheidenverletzungen.

Eben so ist es wahrhaft konservativ, die den Beckenerkrankungen zu Grunde liegenden ursprünglichen Entzündungen der Scheide oder des Endometriums zu behandeln, ehe sie bis zu den Gebärmutteranhängen fortgekrochen sind. Namentlich fordern in dieser Hinsicht die Gonorrhoe und das Wochenbett Berücksichtigung, und ist hinsichtlich der ersteren die Frage von höchster Bedeutung: wann ist beim Manne ein Tripper geheilt, so dass er nicht mehr durch Coïtus übertragen werden kann. Dass bei Eierstockserkran-

kung möglichst viel noch gesundes Gewebe erhalten werden soll, ist wohl jetzt allgemeine Regel. Bei Salpingitis mit geringen Gewebsveränderungen an den Eileitern selbst, aber mit peritonitischen Verwachsungen kann die Kranke oft durch einfache Lösung der letzteren ohne Abtragen von Organen geheilt werden. In vielen Fällen dieser Art, in denen die Gebärmutter durch Kontraktion der Verwachsungen aus ihrer Lage verschoben ist, muss man die Operation noch durch Hysterorrhaphie oder Kürzung der runden Mutterbänder vervollständigen oder man kann auch manchmal die Eierstöcke an den breiten oder runden Mutterbändern festnähen, um sie aus einer falschen Lage aufzurichten.

Als konservative Behandlung der verschiedenen Formen der Fibroide ist nicht Verabfolgung innerer Mittel, zumal Ergotin, die N. verwirft, sondern nur die Myomektomie zu betrachten. Diese wird, wenn nöthig, unter Einschneiden der Cervix oder unter Morcellement von der Scheide aus vorgenommen, deren vordere Wand man gleichfalls einschneiden kann, um sich die Geschwulst zugängig zu machen. Dagegen erfordern Fibroide von beträchtlicher Größe, ferner intramurale und endlich multiple Geschwülste den Schnitt durch die Bauchwand. Mindestens 20% der Fibroide ist so der Myomektomie zugängig und kann dieser Procentsatz in Zukunft noch erheblich gesteigert werden, wenn man frühzeitig operirt. Für die Mehrzahl ist heute immer noch die Hysterektomie das einzig richtige Verfahren, da die Sterblichkeit nach ihr entschieden geringer ist, als die durch das Wachsthum der Geschwulst, durch Entartungsvorgänge in ihr oder durch Miterkranken der Anhänge bei Nichtoperation erwachsenden Gefahren. Bei Hysterektomie die Eierstöcke junger Frauen zu erhalten, um die Übelstände des verfrühten Klimakteriums zu verhüten, hält N. nicht für empfehlenswerth. Nur wenn es sich um kleine, nicht wachsende Geschwülste handelt, will N. zunächst von jedem Eingriffe absehen, freilich auf die Gefahr hin, dass später doch die Operation nöthig wird.

Längst allseitig anerkannt ist der Grundsatz, Eierstocksgeschwülste frühzeitig zu operiren, selbst wenn sie zur Zeit nur geringe Beschwerden verursachen. Trotz der geringen Gefahr, welche mit einer gut ausgeführten Curettage der Gebärmutter verbunden ist, sollte sie doch nur unter ausgesprochener Indikation vorgenommen werden und niemals anders als mit sorgfältigster Antisepsis und in Narkose. Ähnliches gilt auch von Anwendung der Sonde, welche keineswegs als völlig harmloses Instrument anzusehen ist, am wenigsten in den Händen des Ungeübten. Wenn auch der Aufsatz nicht gerade wesentlich Neues enthält, so bringt er doch eine hübsche Übersicht.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

3) **L. Knapp** (Prag). Über moderne Hilfsmittel für den geburtshilflichen Anschauungsunterricht. (Aus Prof. Sänger's Klinik.)

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 51.)

Die bisher gebräuchlichen Abbildungen, Bildertafeln, so wie die neueren Erzeugnisse der Photographie, Skiagraphie, besonders die ausgezeichneten Atlanten, die Gefrierdurchschnitte etc. sind gewiss werthvolle Anschauungsmittel für den Unterricht, sie werden aber an Werth weit übertroffen durch die Stereoskopie, die einzig plastische, körperliche Darstellungsart für im Raume sich abspielende Vorgänge. Ganz vortrefflich und neu ist die Idee K.'s, auf diese Weise eine systematische Darstellung des Geburtsmechanismus in seinen einzelnen Phasen zu geben. Mit Hilfe des Sellheim'schen Phantoms, das in Bezug auf Einfachheit, Natürlichkeit und Anschaulichkeit die bisherigen an sich gewiss guten Phantome von Schultze, Matthieu, Shibata, A. Müller etc. weitaus übertrifft, weil der knöcherne Kindesschädel durch eine Kette mit Kugelgelenk sich in den verschiedensten Einstellungen fixiren lässt, hat K. eine Reihe von stereoskopisch-photographischen Aufnahmen angefertigt, die als Demonstrationsobjekte für den klinischen Unterricht dienen sollen. Ein Theil der Bilder wird ein eigenes Heft in Neisser's stereoskopischem Atlas bilden. **Piering** (Prag).

---

4) **Newman-Dorland** (Philadelphia). Organotherapie in der Gynäkologie.

(Therapeutic gas. 1899. April 15., Mai 15. u. Juli 15.)

Nicht allein, wenn auch vorzugsweise, hat sich der Gebrauch von Eierstocksextrakt bei denjenigen nervösen Erscheinungen reflektorischen Ursprunges nützlich gezeigt, welche die künstliche oder natürliche Menopause begleiten. Vielmehr werden auch andere nervöse Zustände günstig dadurch beeinflusst: Neurasthenie, sexuelle Schwäche, gewisse Formen der Hysterie, ferner aber Systemerkrankungen anderer Art, wie hochgradige Anämie und Chlorose besonders in Verbindung mit Dysmenorrhoe, Osteomalakie, Myxödem, Basedow'sche Krankheit. Ja zuweilen sollen auch Fibroide geschmolzen und Carcinome der Genitalien zum Stillstehen oder sogar zur Heilung gebracht worden sein, was freilich noch weiterer Bestätigung bedarf. Die durchschnittliche Dosis, bis Wirkung eintritt, schwankt zwischen 0,12—0,30 g 3mal täglich. Bei zu langem oder zu starkem Gebrauche treten Symptome von Seiten des Herzens und des Nervensystems auf, welche zum Aussetzen des Mittels oder wenigstens zur Verringerung der Dose zwingen. Zuweilen scheint umgekehrt sich eine Art von Toleranz gegen das Mittel auszubilden, indem die Wirkungen an Stärke nachlassen. Man beginne also mit kleinen Dosen, welche man nach Bedarf allmählich steigert.

In einem gewissen Gegensatze zu der Wirkung des Gewebssaftes der Eierstöcke scheint die des Thyreoidsaftes oder der Drüse selbst zu stehen. Wenn nun die Anwendung von Thyreoidsaft bei inoperablen Krebsen der Brust oder der Gebärmutter nur einen geringen Einfluss auf das Wachsthum der Geschwulst, einen nur vorübergehenden auf die Schmerzen und die Absonderung ausübt, so wird diese Wirkung sehr erheblich verstärkt, wenn man die antagonistische Wirkung der Eierstöcke durch ihre Entfernung ausschaltet, wie ja auch die Oophorektomie allein schon eine Verminderung des Wachsthums zu bewirken pflegt. Doch pflegt letzterer Einfluss der Oophorektomie bei älteren Frauen mit schon atrophischen Eierstöcken nicht mehr einzutreten. Wo überhaupt sich ein günstiger Erfolg einstellt, macht er sich bereits nach 48 Stunden geltend und nimmt dann immer mehr zu. Die ohne Gefahr anzuwendende Dosis variirt von 0,6—0,9 g täglich. Jedenfalls soll durch diese von Beatson angegebene Behandlungsweise nach D. nicht selten ein günstiger Einfluss ausgeübt werden, weniger oft eine wirkliche Heilung.

Was nun die Wirkung der Glandula thyreoidea überhaupt betrifft, so übt sie einen hemmenden Einfluss auf die inneren Geschlechtsorgane, insbesondere die Gebärmutter aus; besonders ausgesprochen ist dieser Einfluss beim Endometrium. Er macht sich geltend in Verminderung der Blutung aus der Gebärmutterschleimhaut und ist der Wirkung der Absonderung der Gebärmutter und des Eierstockes direkt entgegengesetzt. Versagt der Einfluss der eigenen Drüse, so kann er durch Einführung frischen Gewebes oder Extraktes ersetzt werden. In der gynäkologischen Thätigkeit ist dies indicirt bei hämorrhagischen Zuständen des Uterus und bei allen Formen von Blutüberfüllung der Beckenorgane, bei Gebärmutterfibromen, hämorrhagischer Endometritis, Blutungen in der Menopause und chronischer Erkrankung der Eileiter. Und zwar sind die besten Erfolge zu erwarten bei Fibromen und frischen Zuständen. Ferner erweist der Saft der Thyreoidea sich sehr günstig bei ungenügender Laktation. Wegen der Neigung zu Intoxikation ist es rathsam, die Medikation in regelmäßigen Intervallen für 8—10 Tage zu unterbrechen.

Shober (Philadelphia) und Bell (Glasgow) haben ferner auch Versuche mit Substanz oder Saft der Brust- und der Speicheldrüse gemacht. Während sich die letztere nur bei Vergrößerung, Blutfülle und Schmerzhaftigkeit der Eierstöcke so wie bei ovarieller Dysmenorrhoe bewährte, fand die Brustdrüse mit Vortheil bei Fibromen, bei Uterushyperplasie, Menorrhagie und Metrorrhagie Verwendung, und zwar in 3 täglichen Dosen von je 0,3—0,6 g. Die Theorie basirt auf der Thatsache der starken Entwicklung der Brustdrüse und der gesteigerten Thätigkeit der Speicheldrüse in der Schwangerschaft.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

5) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

483. Sitzung vom 15. Januar 1900.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung mit der Mittheilung von dem Tode des Mitgliedes Dr. Hunger; zur Ehrung desselben erhebt sich die Versammlung von den Plätzen.

Herr Donat legt im Auftrage der Kommission die entworfenen Tabellen zur Sammelforschung für 1900 vor und erhält die Genehmigung zu deren Druck und Absendung.

I. Herr Poetter demonstrirt die von Kehrer-Heidelberg empfohlene und in Baden bereits eingeführte Instrumententasche für Hebammen.

Die Besprechung des Themas wird auf Antrag des Vorsitzenden nicht protokollirt.

II. Herr Krönig: Über Stumpfexsudate nach Zweifel'scher Myomektomie.

Unter Stumpfexsudat verstehen wir Entzündungen bezw. Eiterungen, welche von dem retroperitoneal versenkten Cervixstumpfe ausgehen und sich retroperitoneal weiter entwickeln. Nach der Zusammenstellung von Abel sind derartige Stumpfexsudate im Allgemeinen äußerst selten, in den meisten Fällen bilden sie sich, wenn sie entstanden sind, spontan zurück, nachdem das meist vorhandene Fieber wieder zur Normaltemperatur zurückgekehrt ist. In einzelnen Fällen können sie größere Ausdehnung annehmen und für längere Zeit jeder Therapie trotzen. Breitet sich vom Stumpfe der Entzündungsprocess aus, so wird der Eiter, den anatomischen Verhältnissen entsprechend, zunächst die bei der Operation über den Stumpf gebildete peritoneale Decke abheben. Während der Myomektomie wird bei Bildung des vorderen Peritoneallappens zur Deckung des Stumpfes zum Theil das lockere Zellgewebe zwischen Blase und Cervix eröffnet, dagegen bleibt das Peritoneum unberührt fest an der hinteren Wand der Cervix. In Folge dessen wird auch der Eiter vom Stumpfe aus sich gewöhnlich nach vorn hin begeben in der Richtung gegen die Blase, während die feste Adhärenz des Peritoneums an der hinteren Wand der Cervix die Ausdehnung nach hinten zu verhindert. Ist der Eiter in das paravesikale Gewebe eingetreten, so findet er hier für seine weitere Ausbreitung günstige Verhältnisse in dem die Blase umgebenden lockeren Zellgewebe. Der Eiter wird die Blase in ihren oberen Partien umspülen, von hier aus kann er im Zellgewebe das Cavum Retzii stets unter dem Peritoneum auf die Darmbeinschaufel übergehen und bis zur Nierengrube vordringen. Selbst bei einer derartigen Ausbreitung der Eiterung kann noch spontane Heilung eintreten, indem der Eiter entweder, wie es gewöhnlich der Fall ist, durch den Cervicalkanal nach der Scheide zu durchbricht, oder aber an einer Stelle die Blasenwand arrodirt und in die Blase sich entleert. Auch beim Durchbruch in die Blase tritt gewöhnlich sehr bald Heilung ohne weitere Störung ein. Durchbrüche des Eiters in der unteren Nierengegend nach außen sind, so weit ich die Litteratur kenne, nicht beobachtet worden. — In dem zu referirenden Falle war die Eiterung eine besonders hartnäckige. Obgleich früher schon ein Durchbruch durch den Cervicalkanal in die Scheide und ein Durchbruch in die Blase statthatte, war trotzdem keine Heilung eingetreten.

Der betreffende Fall ist kurz folgender:

Pat. ist zur Zeit der Beobachtung 42 Jahre alt, sie ist hereditär nicht belastet, der Vater lebt, Mutter ist an Cholera gestorben. Pat. hat 2 Entbindungen ohne Kunsthilfe durchgemacht, letzte vor 19 Jahren. Bis zum Jahre 1892 war Pat. im Wesentlichen gesund, nur litt sie an starken Menorrhagien. Es wurde damals

eine Auskratzung der Gebärmutter gemacht, welche zunächst auch den erwünschten Erfolg hatte. In den nächsten Jahren kehrten die Blutungen aber wieder; es bildete sich eine Geschwulst der Gebärmutter aus, wesswegen im Jahre 1894 andernorts, nicht in der Universitäts-Frauenklinik, eine Laparotomie und zwar, wie ich erfahren konnte, eine Myomektomie mit Zweifel'scher Stumpfbehandlung gemacht wurde, nur mit der Modifikation, dass zur Versorgung des Stumpfes nicht Katgut, sondern Seide verwendet wurde. Die Rekonvalescenz war durch leichte Fiebersteigerungen gestört; Pat. konnte aber bald aus der Klinik entlassen werden, nur blieben wegen eines Exsudates, wie sie angab, heftige Schmerzen im Leibe, so dass sie zunächst nach Bad Elster geschickt wurde, von wo sie wenig gebessert in die Heimat zurückkehrte. In den nächsten Jahren war sie meistens bettlägerig, der behandelnde Arzt ließ Prießnitzumschläge um den Leib machen und musste manchmal wegen heftiger Schmerzattacken zum Morphium seine Zuflucht nehmen. Im nächsten Jahre, also 1895, wurde eine Operation von der Scheide aus gemacht, um den Eiter zu entleeren, doch wurden nur geringe Mengen Eiter bei der Operation gefunden. In den folgenden Jahren stellten sich außerdem noch heftige Blasenkrämpfe ein; der Urin, welcher Anfangs stets klar war, wurde eitrig und manchmal übelriechend, der Urindrang war ein äußerst quälender, so dass Pat. oft 40—50mal am Tage Wasser lassen musste. In der letzten Zeit war Pat. fast stets bettlägerig.

Im Juni vorigen Jahres sah ich Pat. zum ersten Male; der aufgenommene Status war kurz folgender: blasse, abgemagerte Frau, innere Organe ergaben normalen Befund. Die Scheide verengt sich 3 cm hinter dem Scheideneingange trichterförmig nach oben zu bis zu einer Öffnung, welche nur für eine feine Sonde durchgängig ist. Aus dieser Öffnung quillt von Zeit zu Zeit Eiter hervor; eine Portio ist nicht zu sehen; die bimanuelle Betastung lässt im kleinen Becken einen Tumor von etwa Straußeneigröße erkennen, welcher sich gegen die Umgebung nicht scharf abgrenzt, undeutliche Fluktuation zeigt und auf Druck enorm schmerzhaft ist. Das Rectum ist gegen den Tumor verschieblich, dagegen zeigt die Sondirung der Blase, dass der Tumor mit dieser allseitig verwachsen ist. Der Tumor reicht rechts bis an die Beckenwand, nach oben bis an die Linea terminalis, breitet sich aber nicht auf die Darmbeinschaufel aus. Der in die Blase eingeführte Katheter entleert fast reinen Eiter.

Zunächst wurde versucht, durch Blasenspülung den heftigen Blasenkrampf zu mildern, aber es ließen sich nur 50 ccm Flüssigkeit in die Blase einfüllen. Aus diesem Grunde war auch eine cystoskopische Untersuchung ohne Narkose mit dem Apparate von Nitze unmöglich.

Da ich der Meinung war, dass der Stumpf in die Blase durchgebrochen sei, und dass vielleicht auseiternde Seidenfäden an der Cystitis Schuld hätten, narkotisirte ich die Kranke und konnte in der Narkose die Blase mit 150 ccm Wasser füllen. Man erkannte an der hinteren Wand der Blase, in der Gegend der Einmündung des rechten Ureters, eine kleine Fistel, aus welcher sich von Zeit zu Zeit Eiter entleerte. In der Hoffnung, dass man durch Eingehen mit dem Nahtsucher in die Fistel Seidenfäden entfernen könnte, vertauschte ich das Nitze'sche Instrument mit dem Kelly'schen Cystoskop, mit welchem es gelang, die Fistel einzustellen und zu entriren; es konnten aber keine Fadenreste mit Hilfe des in die Fistel eingeführten Nahtsuchers entfernt werden. Desswegen versuchte ich vom Cervicalkanal aus den Eiter zu erreichen; Zugang zur Cervix wurde durch Dührssen'sche Incisionen der narbig verengten Scheide erreicht; der für eine Sonde durchgängige Muttermund wurde incidirt und dilatirt, man gelangte in eine kleine, etwa walnussgroße Eiterhöhle, welche mit Jodoformgaze austamponirt und nach der Scheide zu drainirt wurde. Seidenfäden wurden auch hier nicht gefunden. Der Erfolg dieses Eingriffes blieb aus, es war die Frau ungebessert.

Zur Eröffnung eines retro- und paravesikal entwickelten Stumpfexsudates kommen außer der Dilatation des Cervicalkanales natürlich in erster Linie die vordere Kolpotomie in Frage, welche auch von den meisten Operateuren gewählt ist. Ich erachtete aber diese Operation hier für ausgeschlossen, weil der Stumpf in der Gegend des Trigonum Lieutaudii in die Blase durchgebrochen war, und daher

unter allen Umständen beim Versuche der Ablösung der Blase von der Cervix eine breite Eröffnung der Blase die Folge gewesen wäre. Desswegen entschloss ich mich zur Eröffnung des Abscesses von der Leistenbeuge aus. Schnitt wie zur Unterbindung der Arteria iliaca communis nach Mott. Der Schnitt beginnt an der rechten Seite der Symphyse und verläuft in einer Länge von 15 cm in einem nach unten zu konvexen Bogen lateralwärts nach oben, um ungefähr handbreit nach innen von der Spina iliaca anterior superior zu enden. Schichtweise Durchtrennung der Fascie des Obliquus abdom. extern., intern. und Transvers. abdom.; Spaltung der Fascia transversa; stumpfes Zurückschieben des Peritoneums mit dem Finger bis zur Linea terminalis. In diesem Falle ergaben sich bei dem Versuche, weiter bis ins kleine Becken vorzudringen, größere Schwierigkeiten, weil das Peritoneum in der Gegend der Linea terminalis schwielig verdickt war und sich nicht stumpf ablösen ließ. Da unter allen Umständen die Eröffnung des Peritoneums vermieden werden muss, so empfiehlt es sich vielleicht, wie in diesem Falle zu verfahren, nämlich zunächst, unbekümmert um das Peritoneum, sich die Vena iliaca freizulegen, um dann scharf an der Vene die Narben zu incidiren, um sich dann stumpf mit dem Elevatorium weiter zu arbeiten. Auf diese Weise wurde hier rechts und hinter der Blase ein ca. mannsfaustgroßer Abscess eröffnet mit stinkendem Eiter und nekrotischen, schmierigen, locker zusammenhängenden Massen, welche zum Theil frei in Eiter schwammen. Es wurde nun auch versucht, vom dilatirten Cervicalkanal aus in die Höhle vorzudringen, dabei klärte es sich auf, warum die Dilatation des Cervicalkanals allein nicht genügt hatte zur völligen Entleerung des Abscesses. Die sich vom Cervicalkanale und von oben entgegenarbeitenden Zeigefinger konnten nämlich feststellen, dass der vereiterte Stumpf von verdicktem Peritoneum überdacht war, welches sich nur unter starkem Vorwärtsschieben des Zeigefingers nach rechts abheben ließ, um die Kommunikation mit der zweiten, rechts vom Stumpfe liegenden Jauchehöhle herzustellen. Sobald der vom Cervicalkanal vordringende Zeigefinger zurückgezogen wurde, legte sich das Peritoneum klappenventilartig wieder auf den Cervicalkanal. Die ganze Wundhöhle wurde mit Jodoformgaze von der Leistenwunde aus tamponirt und außerdem ein Drainrohr nach unten durch den Cervicalkanal geführt. Der weitere Verlauf war ein relativ günstiger. In den ersten 2 Tagen p. op. war die Unterlage etwas mit Urin durchtränkt, dann nicht mehr. Der Urin war vom 4. Tage an vollständig klar und blieb es. Am 10. Tage wurde die Gaze entfernt und Drainröhren eingelegt, welche im weiteren Verlaufe allmählich gekürzt wurden. 6 Wochen p. op., nachdem sich aus der oberen Drainöffnung noch ein haselnussgroßer, nekrotischer Fetzen nachträglich ausgestoßen hatte, granulirte die Wunde zu. Pat. ist zur Zeit, 4 Monate post operationem, völlig beschwerdefrei.

Der Fall erscheint mir erwähnenswerth, einmal als Paradigma für die lange Dauer eines Stumpfexsudates (5 Jahre p. op.), wie weit hierbei die versenkte Seide Schuld ist, bleibt dahingestellt; zweitens um zu zeigen, dass, wenn die vaginalen Eröffnungswege unmöglich sind, mit Erfolg die Eröffnung des Abscesses vom Leistenschnitte extraperitoneal durchgeführt werden kann.

Diskussion: Herr Zweifel fragt, ob Seidenfäden gefunden wurden? Er empfahl immer nur Katgut und hat niemals solche Stumpfeiterungen erlebt, höchstens kurze, in Folge kleiner Hämatome eingetretene Eiterungen bis zum 8. bis 9. Tage.

Herr Krönig: Auf die Anfrage von Herrn Zweifel, ob bei der Eröffnung des Abscesses von oben Reste von Seidenfäden gefunden sind, erwidert er, dass trotz sorgfältigen Suchens keine entdeckt sind, trotzdem glaubt er, dass an der langen Dauer der Eiterung vornehmlich die verwendete Seide Schuld ist.

Mit Recht wird von Herrn Zweifel in allen diesbezüglichen Publikationen betont, dass zur partienweisen Unterbindung des Myomstumpfes resorbirbares Material verwendet werden soll.

III. Herr Menge: Schwangerschaft und Geburt nach Metrokleisis. (Erscheint ausführlich in dieser Nummer als Original-Mittheilung.)

Diskussion: Herr Zweifel konstatirt, dass eine kleine Öffnung nach der Metrokleisis nach unten geblieben ist. Es war also eigentlich ein Fall von sogenannter Conglutinatio uteri zu nennen. Seither ist die Sterilisirung der Frau bei Kaiserschnitten grundsätzlich geändert worden.

Geburtshifliches.

6) **Ahlfeld** (Marburg). Zur Lehre der Verwachsung der Placenta mit der Uteruswand.

(Zeitschrift für praktische Ärzte Bd. VIII. Hft. 13.)

Es handelte sich um eine Frau mit »Gebärmuttervorfall«; die Frucht in Querlage. Mehrfache Wendungsversuche außerhalb der Klinik ohne Erfolg. Entbindung durch Embryotomie. Temperatur 38,5, Puls 100, septische Endometritis. Nach vergeblichen Versuchen, die Placenta zu exprimiren, wird zur manuellen Lösung geschritten, die gleichfalls wegen absolut fester Verwachsung der Placenta mit der Gebärmutterwand misslingt; es lassen sich nur ganz kleine Stückchen loslösen. Darauf Uterustamponade, nach deren Entfernung am nächsten Tage die Placenta vollständig gelöst war; sie haftete dem letzten Tamponstreifen an. Fieber bis zum 10. Tage. Nach 3 Wochen Hüftgelenksaffektion, die bei Anwendung von Extension schnell vorübergeht. Vollständige Genesung. Der Fall steht vereinzelt da. A. empfiehlt das angewandte Verfahren nach Vorausschickung einer Uterusausspülung mit 50%igem Alkohol bei ähnlichen Fällen. **Stoeckel** (Bonn).

7) **Ortweiler** (Wiesbaden). Über Placenta praevia.

(Zeitschrift für praktische Ärzte Bd. VIII. Hft. 15 u. 16.)

O. theilt einen von ihm mittels Hystereuryse behandelten Fall mit — das Kind starb in der Geburt ab, die Mutter machte ein glattes Wochenbett durch — und empfiehlt die Methode gegebenenfalls warm. Im Anschlusse daran giebt er einen kurzen Abriss über Symptomatologie, Ätiologie, Prognose und Therapie bei Placenta praevia nebst einer Reihe statistischer Angaben. **Stoeckel** (Bonn).

8) **Lantos** (Budapest). Über Behandlung des Abortus.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 5.)

L. will an der Hand der Litteratur und seiner eigenen Erfahrung eine einheitliche Darstellung der Diagnose und Therapie des Abortus in den 3 ersten Schwangerschaftsmonaten geben. Er behandelt den drohenden Abort mit Bettruhe, eventuell unterstützt von Opiaten. Tritt bei geöffnetem Muttermunde nennenswerthe Blutung auf, so ist gewöhnlich die Mühe vergebens und ist gar Scheidentamponade nöthig, so wird dadurch der Abort direkt eingeleitet. Bei vollendetem Aborte ist ein Eingriff nicht nöthig. Nur wenn Zeichen von Zersetzung da sind, soll mit Lysol oder Sublimat der Uterus ausgespült werden. Ist der Abort unvollständig, so muss er sofort vollendet werden. Überhaupt ist L. für aktives Eingreifen beim unvollendeten Aborte. Er bedient sich vorwiegend des Fingers, schreckt aber durchaus nicht zurück, unter Leitung desselben sich der Kornzange und der Curette zu bedienen. Sehr oft ist nur zur Sicherung der Diagnose der Eingriff nöthig. Der Fötus geht meist unbemerkt ab und über den Verbleib der Secundinae lässt sich häufig auch nichts Sicheres eruiren. Die Beurtheilung des Muttermundes ist schwer und oft unsicher.

L. giebt sodann die genaue Statistik von 300 aktiv behandelten Fällen. 260 wurden wegen Blutung, 40 wegen Fiebers ausgeräumt, und zwar 246mal manuell, 4mal mit der Polypenzange und 50mal mit der Curette. 281 waren unvollkommene Aborte, 60mal waren nur Deciduareste zurückgeblieben. 12mal war schon von anderer Seite eine unvollkommene Evakuation vorgenommen. 2mal versuchte er die Entleerung durch Tamponade nach Dührssen ohne vollen Erfolg. 31 Fälle fieberten, nur 1 Fall fieberte nach der Entleerung noch 10 Tage weiter; hier bestand

schon vor dem Eingriffe peritoneale Reizung. Die Polypenzange hat er 4mal benutzt im Anfange seiner Thätigkeit. Er glaubt, dass er jetzt nur digital sein Ziel erreicht hätte. Das Curettement wurde fast nur in chronischen Fällen benutzt, nur 1mal handelte es sich dabei um Placentarretention, sonst um Deciduareste. Die Indikation bildete 44mal Blutung, 6mal Fieber. Die Desinfektion beschränkte sich auf Vulva und Operateur. Er fordert für diesen möglichst Abstinenz oder doch Kleiderwechsel, Bad etc. Stets wird der Uterus ausgespült. 295 verliefen fieberlos. Von den übrigen 5 hatten 1 peritoneale Reizung, 1 Parametritis vorher, 1 Scharlachinfektion, 2 waren septisch, 1 endete letal. Also eine Mortalität von 0,3%. Er hält bei Sepsis die Totalexstirpation, mit Olshausen, »der Erwägung werth«. In 21 Thesen empfiehlt er schließlich im Allgemeinen ein aktives Verfahren, thunlichst in einer Sitzung. Die Curette soll gewöhnlich nur beim chronischen Aborte Anwendung finden. **Roesing** (Hamburg).

9) **Halban.** Beitrag zur Kenntnis der Geburten bei Uterus bicornis bicollis.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 1.)

Der Fall ist in der Schauta'schen Klinik beobachtet. Bei der 1. Geburt blieb die Anomalie unbemerkt. Im 1. Monate der 2. Schwangerschaft wurde wegen Blutung eine Abrasio des rechten Uterus gemacht, dabei die Anomalie bemerkt, das Scheidenseptum durchgeschnitten, ohne dass es zur Unterbrechung der linken Gravidität gekommen wäre. Wie häufig beobachtet, wurde das Kind früh geboren. Höchst interessant war der Geburtsverlauf. Das im linken, sinistrovertirten Uterus in 2. Schädellage befindliche Kind wurde durch einen wahrscheinlich in partu entstandenen Riss des Septums ins rechte Collum und durch das rechte Orificium geboren. Dabei gewährte dieses Geburtsstadium dem touchirenden Finger den Eindruck dreier Öffnungen, von denen die linke dem linken Orificium, die mittlere dem herabgedrängten Septumrisse, die rechte, halbmondförmige, dem komprimirten rechten Orificium entsprach. Post partum konnte H. den Finger durch den linken Muttermund, durch das Septum und den rechten Muttermund durchhaken. Der Vorgang wird erklärlich durch die Sinistroversion des graviden Uterus, welcher das Kind nach rechts auszustoßen bestrebt war. — Zu erwähnen ist noch ein werthvolles diagnostisches Merkmal, welches H. am graviden Uterus fand. Außer dem linken Lig. rotundum konnte Verf. noch ein Band tasten, welches mitten vom Vertex der Blase nach der Furche lief, die den rechten Uterus vom schwangeren trennte. Es konnte dieser Befund nur durch die starke Entwicklung des Lig. vesico-rectale erklärt werden, welches also für die Diagnose der Doppelbildung am schwangeren Weibe zu verwerthen ist. Das von Schatz angegebene Symptom, dass der nicht schwangere Uterus durch die Wehen emporgezogen wird, war ebenfalls ausgeprägt. Wie Pfannenstiel u. A. hervorhob, war auch in diesem Falle das Becken ein breites. **Courant** (Breslau).

10) **Kallmorgen.** Geburtsstörungen nach vorausgegangener Vaginofixation als Indikation zum Kaiserschnitt.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 2.)

34jährige IIgebärende, vor 7 Jahren 1 spontaner Partus, in den nächsten Jahren darauf wegen Retroflexio uteri in gynäkologischer Behandlung, schließlich Vaginofixatio mit Eröffnung des Peritoneums und Fixation des Uterus etwas über der Corpusmitte an der vorderen Scheidenwand, Nahtmaterial Seide, Heilung der Lageveränderung. $2^1/_2$ Jahre nach der Operation Gravidität und Eintritt in die Behandlung des Verf. In den ersten Monaten der Schwangerschaft quälende Blasenbeschwerden, im 7. Monate drohender Abort, Rückgang der Erscheinungen nach längerer Bettruhe. Auffallend war, dass gegen das Ende der Schwangerschaft die Portio mehr und mehr aus der Führungslinie in die Nähe des Promontoriums rückte und dass sich an der Fixationsstelle eine sackförmige Ausbuchtung der vorderen Scheidenwand bildete, während der Kopf aus der bisherigen Längslage seitlich abwich.

Am Ende der Schwangerschaft Wehenbeginn. Nach 16stündiger Wehenthätigkeit Muttermund oberhalb des Promontoriums, hintere Muttermundslippe verstrichen, vordere Lippe und vordere Gebärmutterwand völlig unverändert, Längsachse des Uterus horizontal, vordere Scheidenwand stark nach unten zu vorgewölbt, Querlage der Frucht, drohende Ruptur der hinteren Uteruswand.

Nach einem vergeblichen Versuche, die rigide vordere Muttermundslippe nach der Symphyse zu mit dem eingehakten Finger auszudehnen, entschloss sich der Verf. zum konservativen Kaiserschnitt. Der Diagnose entsprechend, kam die vordere Uteruswand bei der Operation gar nicht zu Gesicht. Längsschnitt in der papierdünnen hinteren Uteruswand, lebendes Kind; glatte Heilung der Mutter.

Bei einem ähnlichen Befunde in der Schwangerschaft nach Vaginofixur räth K. zu einem möglichst frühzeitigen Termine die künstliche Frühgeburt einzuleiten.

Scheunemann (Breslau).

11) **Tollmann.** Über spontane Geburt bei engem Becken.

Inaug.-Diss., Bonn, 1899.

Unter 1976 Gravidae befanden sich 476 = 24% mit engem Becken (Conj. vera von 10 cm und darunter). Am günstigsten beziehentlich der Spontangeburten erwiesen sich das allgemein gleichmäßig und das allgemein verengte platte Becken (je 93%). Die Frequenz der Spontangeburten ist bei Multiparen bedeutend geringer, als bei I- und IIparae. Abnorme Kindeslagen wurden dabei 36mal beobachtet (23mal bei Multiparae). 42 Kinder (9%) starben, davon kamen 24 auf Iparae. 2 Mütter starben, davon 1 an Puerperalfieber = 0,4%. Umfassende Tabellen sind der Arbeit beigegeben. **Stoeckel** (Bonn).

12) **S. Hirsch.** Über einen Fall von Ruptura recto-vaginalis bei spontaner Geburt.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1899.

17jährige Ipara mit völlig normalem Becken kommt spontan mit außerordentlich heftigen Treibwehen nieder. Trotz kleiner Schamspalte und sehr kräftigem Damme kein Dammriss. Am 1. Wochenbettstage fällt das Entweichen von Luft aus der Vagina bei Druck auf den Uterus auf, am 3. Tage Abgang von Stuhl durch die Scheide. Konstatirung eines 6 cm langen, sehr breiten, schrägen Risses der hinteren Scheidenwand, rechts von der Columna. Vereinigung durch 3 tiefgreifende Nähte ohne Anfrischung; Opium; vollkommene und dauernde Heilung.

Stoeckel (Bonn).

13) **W. M'Farlane** (Glasgow). Missed labour.

(Glasgow med. journ. 1899. September.)

Eine jetzt 50jährige Frau hat ihre 6 ersten Kinder lebend geboren, die letzten 5 (das letzte vor 6 Jahren) todt. Das erste der todtgeborenen kam zum rechten Termine; die letzten 4 Geburten beobachtete der Verf., sie erfolgten 1 Monat, dann 2mal 2 Monate und zuletzt 14 Tage nach dem rechten Termine. Die Kinder immer faultodt; die Entbindungen zum Theil wegen der Übergröße der Kinder nicht ohne Schwierigkeit. Über die Erscheinungen, Wehen, Wasserabgang u. dgl., zur Zeit des normalen Schwangerschaftstermines ist leider fast nichts berichtet.

Zeiss (Erfurt).

14) **Bouchacourt** (Paris). Untersuchungen von 2 Fällen von Foetus papyraceus vermittels Röntgenstrahlen.

(Obstétrique 1899. No. 2.)

Das Skelett hat keine Resorption erfahren; der Thorax scheint am meisten unter der Kompression zu leiden; man konstatirt in beiden Fällen Frakturen und Luxationen der Rippen und der Schlüsselbeine. 2 Abbildungen sind beigegeben.

Beuttner (Genf).

15) **Mc Coy** (Paterson). Zweimaliger Kaiserschnitt an derselben Person.

(Med. record 1899. Juli 29.)

Bei der 1. Entbindung war die Embryotomie nöthig gewesen und es war dabei ein Dammriss bis in den Mastdarm entstanden. Etwa 1 Jahr darauf war der klassische Kaiserschnitt gemacht worden mit Genesung der Mutter innerhalb 21 Tagen, Kind erhalten. Es hatte sich aber eine enge Fistel gebildet, welche von der Bauchwand in die Gebärmutterhöhle führte, und aus welcher bei der Menstruation auch ein blutiger Ausfluss stattzufinden pflegte. Trotz des Fortbestehens dieser Fistel, deren Operation die Frau abgelehnt hatte, trat abermals Schwangerschaft ein und am Ende derselben wurde wieder der Kaiserschnitt gemacht, wobei sich so ausgedehnte Verwachsungen vorfanden, dass die Bauchhöhle dabei gar nicht hätte eröffnet zu werden brauchen. Es wurde das Narbengewebe um die Fistel ausgeschnitten, dann die Höhlung genäht, außerdem wurden aber auch noch Eileiter und Eierstöcke abgetragen. Die Mutter und das $7^3/_4$ Pfund schwere Kind blieben am Leben, letzteres starb aber bald darauf an Diphtherie.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

16) **Sippel** (Frankfurt a/M.). Zur Technik des konservativen Kaiserschnittes.

(Zeitschrift für praktische Ärzte Bd. VIII. Hft. 14.)

Verf. hat nach einem konservativen Kaiserschnitte den Uterus, wie üblich, mit durchgreifenden Seidenknopfnähten geschlossen. Am 10. Tage nach der Operation wurde ein zwischen Blase und Uterus gelegenes, abgesacktes Exsudat bemerkt, das an demselben Tage in die Bauchhöhle perforirte und den Exitus herbeiführte. Bei der Sektion fand sich als Ausgangspunkt des Exsudates Eiterung sämmtlicher Stichkanäle an der Seite des Uterus, wo die Naht von innen nach außen durchgeführt war.

S. will daher stets die Mucosa isolirt durch fortlaufende Katgutnaht vereinigt wissen; die übrige Uteruswand soll durch Seidenknopfnähte geschlossen werden. Die Placentarstelle eignet sich nicht zur fortlaufenden Naht, muss daher stets vermieden werden, was leicht möglich ist, wenn man Leopold's Angabe Betreffs des Verhaltens der Tuben berücksichtigt; bei hinterem Sitze der Placenta wird daher vorderer Medianschnitt gemacht und umgekehrt. Die Blutung wird um so geringer sein, je weiter von der Placenta weg der Schnitt fällt. Die Blutleere mittels Gummischlauches ist absolut ungefährlich und ohne Nachtheil. Der quere Fundalschnitt trifft oft die Placentarstelle und wird daher eine fortlaufende Mucosanaht oft nicht anlegen lassen. **Stoeckel** (Bonn).

17) **Doktor.** Kaiserschnitt bei Sepsis.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 1.)

In der Kézmárszky'schen Klinik zu Budapest wurde die Porro'sche Operation mit retroperitonealer Stielversenkung in einem Falle ausgeführt, bei dem ein sacraler Tumor absolute Indikation zur Sectio caesarea gab und bei welchem schon Fieber und Tympania uteri vorhanden war. Einfließen von Uterusinhalt wurde bei der Operation sorgsam verhütet. Trotzdem fieberte Pat. weiter, und es kam zu einem rechtsseitigen Exsudate, welches eben so wie eine gleich darauf sich bildende Pleuropneumonie die Genesung verzögerte. D. erörtert im Anschlusse daran die Bedeutung der septischen Infektion in Bezug auf den Kaiserschnitt. Unter 22 derartigen Fällen verliefen 5 konservative Kaiserschnitte mit 2 Todesfällen, 7 Porro-Operationen bei extraperitonealer Stielversorgung mit 3, 8 Porro-Operationen bei intraperitonealer Stielversorgung mit 1, und 2 Kaiserschnitte mit abdomineller Totalexstirpation mit 0 Todesfällen. Die Prognose der septischen Geburt im Allgemeinen richtet sich nach der oft noch nicht zu erkennenden Stärke und nach ihrem Stadium.

Für den Kaiserschnitt zeigt die obige Statistik und die bisherige Erfahrung, dass am besten der ganze Uterus entfernt und kein Stumpf zurückgelassen wird,

welcher zur Weiterverbreitung der Infektion und zur Retention von Wundsekreten dienen kann. Auch für seinen Fall wäre nach Verf. ein glatter Verlauf nach Totalexstirpation eher zu erwarten gewesen. Freilich bereitet die Auslösung eines erweiterten und verdünnten unteren Uterinsegmentes Schwierigkeiten, die Verf. in seinem Falle von der Totalexstirpation absehen ließen. **Courant** (Breslau).

18) **Miranda** (Neapel). Eine Sectio caesarea mit Caruso'schem Fundalschnitte.

(Arch. di ost. e gyn. 1899. März.)

24jährige Erstgebärende mit ausgeprägten Zeichen früherer Rachitis (Pat. konnte erst im 10. Lebensjahre frei gehen). Körpergröße 1,25! Hochgradig verengtes Becken, Conj. vera höchstens 6 cm. Schädellage, Kopf oberhalb des Beckeneinganges, Muttermund vollkommen erweitert. Absolute Indikation zum Kaiserschnitte. Bauchschnitt beginnt 5 cm oberhalb des Nabels und erstreckt sich bis 7 cm oberhalb der Symphyse; Incision des Uterus mit sagittalem Fundalschnitte, gleich weit nach vorn wie nach hinten sich erstreckend. Fötus an den Füßen extrahirt, leicht asphyktisch, aber rasch wiederbelebt. Manuelle Kompression der Cervix. Seidenknopfnähte des Uterus, durch die ganze Wanddicke hindurch. Naht des Peritoneums, dann der Bauchwand. Heilungsverlauf glatt. Pat. wurde nach 14 Tagen entlassen; Uterus gut zurückgebildet, völlig beweglich, ohne Spur von Adhäsionen. **H. Bartsch** (Heidelberg).

19) **G. Laurent** (Roanne). Enges Becken, beiderseitige kongenitale Hüftgelenksluxation, Porro, Heilung.

(Lyon méd. 1898. Oktober 30.)

31jährige, 1,27 m große Ipara mit durchaus kindlichem Habitus von $43^1/_2$ kg Gewicht am Ende der Schwangerschaft. Distanz zwischen beiden Cristae ilei 23 cm, Spinae 19, Trochanteren $28^1/_2$, Conj. diag. $6^1/_2$—7, Conj. vera nicht über 5 cm. Porro bei Wehenbeginn, komplicirt durch orangengroße, linksseitige Eierstockscyste und 7—8 cm langen Querriss des Lig. latum sin. unter dem Schlauche. Der Riss wird vernäht und mit Jodoformgaze drainirt. Der Drain wird am 6. Tage bei Temperatursteigerung und Fötor um den Stiel erneuert; am 13. Tage neue, leichtere Steigerung und Anschwellung in der linken Fossa iliaca, als Hämatom an der Rissstelle des Lig. latum durch brüske Bewegung der Kranken gedeutet; Abtragung des mortificirenden Stumpfes und Schlauches; Heilung. Entlassung 2 Monate p. op. **Zeiss** (Erfurt).

20) **Coe** (New York). Bemerkungen über die Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

(Med. record 1899. Juli 8.)

C. bestreitet, dass die Einführung von Gazestreifen oder Gummidilatatoren bis in den inneren Muttermund mit voller Sicherheit die Wehen anregen, so lange die Eihäute geschlossen sind. Unschätzbar sei sie aber zur Erweichung und Erweiterung des ganzen unteren Gebärmutterabschnittes, ohne welche Ausdehnung mit der Hand und Entbindung nicht rathsam ist, es sei denn, dass sofortige Entbindung wegen Bedrohung des mütterlichen Lebens unaufschieblich wäre. Zu der Einbringung der Gaze ist die Narkose nicht nöthig, unerlässlich aber die Handhabung der striktesten Asepsis. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

21) **Vallois** (Montpellier). Einige Reflexionen Betreffs dreier Fälle von engem Becken.

(Obstétrique 1899. No. 2.)

V. erörtert an der Hand von 3 genau mitgetheilten Krankengeschichten (mäßige Beckenverengerung; Frühgeburt aus verschiedenen Gründen nicht eingeleitet) die Frage, was zu thun, wenn die Symphyseotomie, die in den betreffenden Fällen

indicirt war, nicht acceptirt wird. Man soll nur mit Zustimmung der Pat. zur Symphyseotomie schreiten.

Im 1. und 2. Falle wurde die Zange applicirt, jedoch ohne Erfolg; im letzteren Falle glaubte man noch von einer Wendung abstehen zu müssen wegen Rigidität des Collums.

Im 3. Falle blieb der Kopf über dem Beckeneingange, desshalb wurde zur Wendung geschritten: todtes Kind.

Im 1. Falle wurde zur Basiothrypsie und Wendung geschritten. V. bedauert, nicht durch Wendung versucht zu haben, das Kind zu retten.

Im 2. Falle wurde nach langen Zangenversuchen ebenfalls auf eine Wendung wegen Rigidität des Muttermundes verzichtet und der Kreißenden nochmals dringend ans Herz gelegt, die Symphyseotomie zu gestatten, was kategorisch abgeschlagen wird; es blieb also nur noch die Basiothrypsie übrig. Wenn man also der Frau das Recht zuerkennt, gewisse Operationen zu verweigern, so kann man mit Pinard nicht einverstanden sein, dass die Embryotomie am lebenden Kinde nicht mehr ausgeführt werden dürfe. **Beuttner** (Genf).

Verschiedenes.

22) **A. Dührssen** (Berlin). Zur Verhütung des Gebärmutterkrebses.
(Deutsche Ärztezeitung 1899. Hft. 9.)

Unter Hinweis auf die erschreckende Häufigkeit des Gebärmutterkrebses und die Thatsache, dass die an demselben leidenden Frauen in der großen Mehrzahl der Fälle erst zum Arzte kommen, wenn eine Radikaloperation nicht mehr möglich ist, betont D., dass die erste Vorbedingung für die Besserung der Mortalität darin liege, dass jedes weibliche Individuum über die ihm drohende Gefahr und über die Zeichen dieser Gefahr aufgeklärt werde, um sofort bei jedem Ausflusse, jeder abnormen Blutung ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zu diesem Zwecke empfiehlt er die Verbreitung einer populär geschriebenen Broschüre, welche gleichzeitig die Frauen gegen die ihnen seitens des Kurpfuscherthums drohenden Gefahren schützen würde. In letzterer Beziehung sind leider auch viele Hebammen gefährlich. Ihnen muss jede Behandlung von unterleibskranken Frauen verboten und es ihnen zur Pflicht gemacht werden, speciell solche, welche über Ausfluss und Blutungen klagen, über die Nothwendigkeit zu belehren, sofortige ärztliche Hilfe nachzusuchen.

Ferner empfiehlt D. die Aufstellung kurzer Thesen, welche in die behördlichen Verordnungen aufzunehmen, durch die Presse zu verbreiten und durch die Standesbeamten an die eine Geburt anmeldenden Personen zu übergeben wären.

Die bekannten diagnostischen Hilfsmittel, welche dem Arzte in zweifelhaften Fällen zu Gebote stehen, werden vom Verf. kurz angegeben. Prophylaktisch hält er die Excisio mucosae cervicis nach Schröder für sehr wichtig, überhaupt eine frühzeitige lokale Behandlung speciell der Schleimhautentzündungen des Uterus, da sie unzweifelhaft eine Disposition für die Entstehung des Gebärmutterkrebses abgeben. Bei älteren Individuen im Klimakterium befürwortet D. die völlige Elimination der Uterusschleimhaut (Vaporisation des Cavum uteri, Excision der ganzen Uterusschleimhaut). Am Schlusse seines Vortrages empfiehlt er die Einberufung eines besonderen Carcinom-Kongresses. **Graefe** (Halle a/S.).

23) **Renner.** Ein Fall von Elephantiasis der Brust.
(Journ. méd. de Bruxelles 1899. No. 33.)

23jährige mehrgebärende Negerin. Elephantiasis beider Brüste. Die linke war stärker hypertrophirt wie die rechte, mit der die Pat. ihr 4. 14monatliches Kind nährte. Anamnese ergab, dass die Frau vor 8 Jahren nach der 2. Entbindung an einem Mammaabscesse der linken Seite mit Hautulceration gelitten hatte. Hiervon blieb eine Hypertrophie zurück, welche mit jeder Gravidität zunahm, bis sie

eine derartige wurde, dass die linke Brust bis zu den Pubes reichte. Nach Jodkalieinreibungen Behufs Beseitigung der Milchsekretion Amputation der linken Brust, welche 21 Pfund wog. Möglichste Annäherung der Wundränder mittels Silberdrahtnähten. Nach mehreren Stunden Nachblutung aus einigen nicht unterbundenen Gefäßen. Heilung der Wunde durch Granulation.

Graefe (Halle a/S.).

24) **F. Torggler.** Mittheilungen aus den Abtheilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie der kärntnerischen Landeswohlthätigkeits-Anstalten in Klagenfurt.

Selbstverlag, 1899.

Verf. giebt in diesen Mittheilungen eine erschöpfende Übersicht der Krankenbewegung der gynäkologischen Abtheilung und der Gebäranstalt des neuen Krankenhauses in Klagenfurt für das Jahr 1897. Er erbringt darin den Nachweis für das außerordentlich Segensreiche, das diese Anstalten für das Land bedeuten und schildert mit berechtigtem Stolze im 3. Theile des Heftes die Einrichtung der beiden ihm unterstehenden und zum guten Theil seinem rastlosen Betreiben zu verdankenden Krankenhausabtheilungen. Die statistische Verwerthung des Materiales ist musterhaft und verdiente, im Interesse der als wichtig anerkannten Sammelstatistiken, von allen Leitern größerer geburtshilflicher oder gynäkologischer Abtheilungen nachgeahmt zu werden. (Der Bericht umfasst 281 gynäkologische Fälle — gegen 176 im alten Hause — und 300 Entbindungen.)

Buecheler (Frankfurt a/M.).

25) **A. Smith** (Dublin). 100 Laparotomien.

(Dublin journ. of med. science 1899. Februar 1.)

Ein großes, bis über den Nabel reichendes Fibroid des Fundus hatte sich so oft und energisch von links nach rechts um seine Achse gedreht, dass es den Uterus in der Pars media der Cervix bis auf eine dünne, durchsichtige Membran amputirt hatte, die keine Blutgefäße enthielt. Der Tumor war ohne Adhärenzen und von Zeichen von Entzündung oder Gangrän ist im Berichte nichts gesagt. — Nach der Wegnahme einer festen Eierstocksgeschwulst mit viel Ascites und organisirter Lymphe auf dem Peritoneum wurde am 2. Tage p. op. wegen peritonitischen Erscheinungen das Abdomen wieder geöffnet und Abknickung und Drehung des Coecums gefunden; die Veranlassung, eine frische Adhärenz in Bandform, wurde entfernt, wegen der Beschaffenheit des oberen Stückes Anus praeternaturalis angelegt. Dieser war nach $3^1/_2$ Monaten bis auf eine kleine Fistel geheilt, die Verf. sich selber überließ, weil er es für gerathener hielt, to let sleeping dogs lie. — Bei einer Kolpotomie (ob anterior oder posterior ist nicht ersichtlich) erlebte Verf. eine derartige Blutung, dass er beiderseits die Uterinae unterbinden musste. — Gegen starke Flatulenz mit Meteorismus, die anderen Mitteln nicht wich, punktirte Verf. mit Erfolg die Bauchhaut leicht mit dem Paquelin.

Zeiss (Erfurt).

Der Quecksilberkolpeurynter.

Von

S. Gottschalk in Berlin.

Durch die Mittheilung von A. Funke »Beitrag zur Belastungstherapie bei Retroflexio uteri gravidi« (Centralblatt für Gynäkologie 1900 No. 8) werde ich, leider verspätet, auf die Arbeit von Halban »Über Belastungstherapie« (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. X Hft. 2) aufmerksam. Da in der letzteren zur Erzielung eines möglichst starken Scheidendruckes empfohlen wird, einen Kolpeu-

rynter mit flüssigem Quecksilber zu füllen und dieser Vorschlag als geistiges Eigenthum von Herrn Prof. Schauta hingestellt wird, so fühle ich mich veranlasst, darauf hinzuweisen, dass dieser Vorschlag bereits vor Jahren von mir Behufs Reposition des invertirten Uterus im Archiv für Gynäkologie Bd. XLVIII p. 357 mit folgenden Worten gemacht ist[1]*:*

»Rein theoretisch scheint der Versuch gerechtfertigt, in sehr hartnäckigen Fällen (sc. von Gebärmutterumstülpung) den Kolpeurynter statt mit Wasser mit flüssigem Quecksilber[2] *zu füllen, dessen spec. Gewicht 14,4 ist, man könnte so mit dem gleichen oder kleineren Volumen eine vielfach stärkere Druckwirkung erzielen; diese gesteigerte Druckwirkung brauchte vielleicht nur wenige Minuten zu dauern und desshalb nicht von schädlichen Folgen für die Cirkulationsverhältnisse in der Scheidenschleimhaut zu sein.«*

Ich glaube mich zu entsinnen, seiner Zeit Herrn Prof. Schauta einen Sonder-Abdruck dieser Arbeit übersandt zu haben.

Denselben Vorschlag habe ich seiner Zeit in einem der obigen Arbeit zu Grunde liegenden Vortrage in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 7. November 1894 (vgl. Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 8) gemacht:

»Theoretisch gedacht könnte man, wo der Wasserdruck nicht ausreicht, den Kolpeurynter mit flüssigem Quecksilber füllen, das ja in geringerem Volumen eine vielfach höhere Druckkraft besitzt.«

Bemerkungen zu vorstehendem Aufsatze.

Von

J. Halban *in Wien.*

Die Prioritätsansprüche Gottschalk's bezüglich des Quecksilberkolpeurynters scheinen — obwohl mein verehrter Chef, Herr Prof. Schauta, weit davon entfernt ist, der Erfindung die Bedeutung zu geben, welche sie für Herrn Gottschalk zu haben scheint — doch einer gewissen Korrektur zu bedürfen.

Es handelt sich nämlich in dieser Frage durchaus nicht um die Erfindung des Quecksilberkolpeurynters, sondern um seine Anwendung.

Während Herr Gottschalk den rein theoretischen Vorschlag machte, für die Reposition des invertirten Uterus den Kolpeurynter — statt wie vorher mit Wasser — mit Quecksilber zu füllen, verwendeten wir ihn zur Belastung bei chronisch-entzündlichen Zuständen des kleinen Beckens, später auch zur Aufrichtung des retrovertirten Uterus und zwar als Ersatz des Freund'schen Schrotkondoms, da uns unser Verfahren als einfacher erschien.

In wie weit Herr Gottschalk dabei für sich Prioritätsansprüche geltend machen kann, überlasse ich dem Urtheile der Fachgenossen.

---

[1] *Gottschalk, Über die spontane, durch Geschwülste bedingte Gebärmutterumstülpung.*

[2] *Auch im Texte gesperrt gedruckt.*

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. **Sonnabend, den 7. April.** **1900.**

I. Ein operatives Palliativverfahren bei inoperablem Carcinoma uteri.

Von

Otto Küstner.

Ich habe seit einiger Zeit bei unoperirbarem, zu weit fortgeschrittenem Krebse des Uterus die Kolpokleisis rectalis (Kolpoproktostomie mit Episiokleisis) gemacht. Die mich dabei leitende Absicht ist ohne Weiteres verständlich; ich wollte den stinkenden, jauchigen, durch nichts dauernd zu desodorirenden Ausfluss in das Rectum leiten, ihn unter Verschluss des Sphincter ani stellen und seine Entleerung von der Willkür der Bauchpresse abhängig machen. Ich habe diesen Plan schon lange gehabt; dass ich ihn erst jetzt an einigen Kranken zur Ausführung brachte, beruht wohl hauptsächlich darin, dass ich nur sehr ungern meine Klinik, welche für aussichtsvollere operative Fälle gerade eben ausreicht, mit diesen Unglücklichen belege. Die Operationen, welche ich bisher gemacht habe, haben mich gelehrt, dass der Plan sehr wohl ausführbar und dass er praktisch ist.

Die Ausführbarkeit musste erst die Probe bestehen. Es war a priori klar, dass die Vestibulumwunde in der unmittelbaren Nähe

des jauchenden Carcinoms nicht ohne Weiteres während der Operation infektionsfrei zu erhalten sei, auch war nicht unwahrscheinlich, dass nach der Operation von derselben Quelle aus Suturfäden inficirt werden und so die prima intentio stören würden. Dennoch ist es möglich gewesen, einen Verschluss der Vulva zu erzielen, in einigen Fällen ohne Weiteres, in einem erst mit Hilfe von Nachoperationen.

Das Befinden der Kranken nach gelungener Operation ließ, so weit meine bisherige Beobachtung reicht, nichts zu wünschen übrig. Die Befreiung von dem die Vulva ätzenden Ausflusse, die Befreiung von dem scheußlichen Gestanke ist für die armen schwergeprüften Menschen schon ein großes Glück. Gerade der unausstehliche Gestank gestaltet sich ja für sie zu einem besonders schweren Schicksale. Sie werden um seinetwillen von der Umgebung, von den Angehörigen, welchen ihre Pflege obliegt, gemieden, die Pietät wird auf eine Probe gestellt, welche sie oft nicht besteht. Wird der Gestank, wie das durch die Operation geschieht, mit absoluter Sicherheit beseitigt, wird das Ekelerregende der Krankheit behoben, so werden die Kranken in höherem Maße wieder pflegefähig, als sie es ohnedies sind.

Natürlich geht hinter dem Verschlusse die Verheerung unaufhaltsam ihren Weg.

Die Ausführung der Operation hat bei diesem Leiden kaum irgend welche Besonderheiten. Man säubert das Carcinom von allen nekrotischen Gewebstheilen mit Schere und Ferrum candens, so weit es sich mit der Integrität der Nachbarorgane verträgt. Darauf applicirt man einen mit Alkohol getränkten und einem Faden versehenen Tupfer. Alsdann legt man eine breite Kommunikation zwischen Rectum und Vagina durch einen Querschnitt oberhalb des Sphincter ani an, vernäht die Ränder mit Katgut und zieht durch sie und die Analöffnung den am Alkoholtupfer befindlichen Faden; dann verschließt man das Vestibulum nach möglichst breiter Anfrischung mit Silkwormnähten. Den in der Vagina liegenden Alkoholtupfer zieht man am 4. Tage der Konvalescenz aus dem Anus heraus.

Ich führe die Operation natürlich mit Gummihandschuhen aus.

Fisteln, welche nach Fadeneiterungen übrig bleiben, sind, sobald sich die Ränder gereinigt haben, anzufrischen und zu schließen.

Werden die Kranken aus der Klinik entlassen, so müssen sie einem Arzte überwiesen werden, welcher die Rectovaginalfistel auf ihre Durchgängigkeit kontrollirt, eventuell, sobald sie sich zu verengen tendirt, stumpf dilatirt.

Befinden sich die Kranken dauernd in ärztlicher Pflege, so ist eine zeitweilige Spülung der Vagina von der Rectumfistel aus — naturgemäß mit nicht giftigen Lösungen — zu empfehlen.

Eine durch weiter fortschreitenden Zerfall des Carcinoms plötzlich auftretende, das Leben bedrohende Blutung könnte durch Tamponade der Vagina oder durch kalte Irrigationen von der Rectumfistel aus beherrscht werden.

Bei der Erweiterung der Indikationsstellung für die Uterusexstirpation bei Krebs, welcher ich huldige, entfällen in meiner Klinik nur Frauen mit sehr weit fortgeschrittenem Carcinom dieser Behandlung, welchen muthmaßlich nur noch wenige Vierteljahre zu leben beschieden sind.

Trotz der entsprechenden oft hochgradigen Dekrepidität kann der Eingriff in Anbetracht seiner Geringfügigkeit und der doch höchstens auf 2 Wochen zu beziffernden Konvalescenz meist ohne Bedenken gewagt werden.

II. Hysterectomia rapida.

Von

Dr. **Desider Stapler** in S. Paulo, Brasilien.

Unter dem Titel »Neue Klemm-Methode zur abdominellen Totalexstirpation des Uterus« hatte ich im Jahre 1898 in d. Bl.[1] eine Operationsmethode publicirt, die mit Hilfe von neuartigen und dortselbst angegebenen Klemmen die Exstirpation des Uterus in wenigen Minuten ermöglichen sollte. Ich muss in Kürze auf jene Methode zurückkommen.

Die Klemmen bestehen aus zwei separaten, elastischen Stahlstäben, die sich hinten zu einem Scharnier vereinigen lassen, während sie vorn eine kleine gezähnte Sperre tragen, die beim Zusammendrücken der Branchen selbstthätig einschnappt und diese fixirt. Mit Hilfe dieser Klemmen sollten nun die Ligamente in folgender Weise gefasst und abgeklemmt werden. Nach eröffneter Bauchhöhle in Beckenhochlagerung wird der Uterus so stark als möglich vorgezogen und das hintere Scheidengewölbe eröffnet. Dann wird die Portio nach dem Vorschlage Doyen's mit einem Muzeux erfasst, vorgezogen, umschnitten und die Blase abgelöst, oder aber es wird nach Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes die Serosa an der vorderen Fläche des Uterus incidirt, die Blase mit dem Zeigefinger abgeschoben und dann das vordere Scheidengewölbe eröffnet. Es wird nun die untere Branche der Klemme *b* so unterhalb des Lig. latum eingeführt, dass das Schloss in der Bauchhöhle, die Sperre in die Scheide zu liegen kommt. Die obere Branche *a* wird jetzt ins Schloss gefügt, zugedrückt und durch die gezähnte Sperre festgehalten, so dass nun die Ligamente mitsammt den Gefäßen komprimirt werden. Dasselbe geschieht mit den Ligamenten der anderen Seite. Nun werden die Ligamente durchschnitten, die Klemmen event. mit Hilfe einer starken Zange noch mehr zusammengedrückt und nach der Scheide zu gedrängt. Diese Klemmen sollten dann von der Scheide aus nach 48 (oder mehr) Stunden entfernt werden.

---

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1898. No. 42.

Der Anfertigung solcher Klemmen stellten sich hier große Schwierigkeiten entgegen, und als es mir endlich gelang, solche wenigstens in roher Form zu erhalten und ich am Kadaver Versuche machte, sah ich, dass das menschliche Gewebe eine hohe Resistenz besitzt und in Folge dessen das Zusammendrücken der Klemmen mit den Fingern beinahe unmöglich war. Ich musste dies also mit Hilfe einer starken, eigens zu diesem Zwecke gebauten, gekrümmten Zange thun.

Um diese Zeit erhielt ich die No. 5 der Revue de gynécologie 1898, aus der ich die Angiotribe von Doyen und Tuffier, besonders aber deren Anwendung kennen lernte.

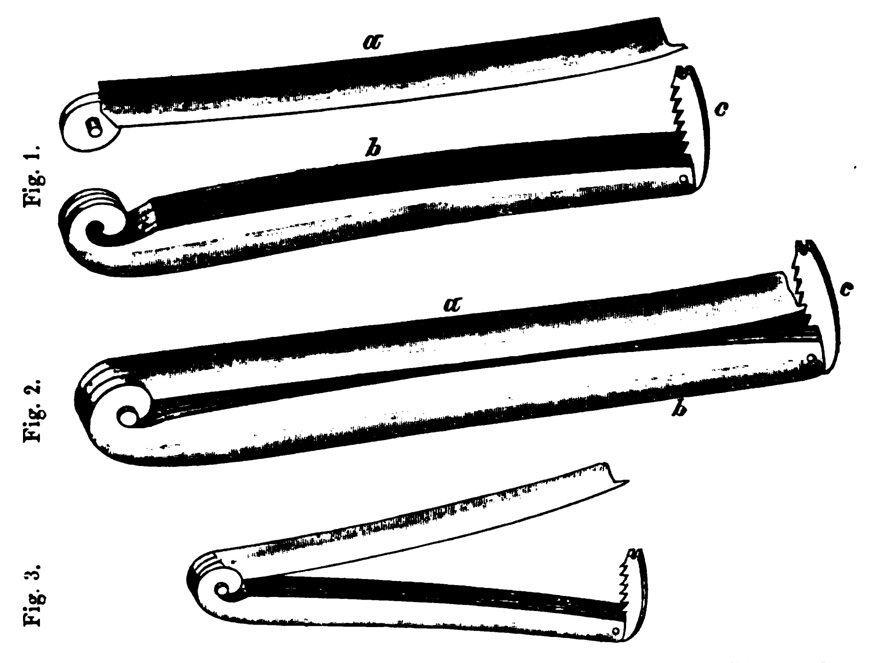


Fig. 1. *a* und *b* elastische leicht gekrümmte Backen, die die Klemme bilden, zerlegt. *c* Sperre. Fig. 2. Klemme geschlossen. Fig. 3. Klemme geöffnet.

Die Möglichkeit, durch hohen und besonders lange andauernden Druck Blutgefäße zum Verkleben zu bringen, dass sie nicht mehr bluten, war den Chirurgen vom Ecraseur her bekannt, eben so dass die Einwirkung mindestens 2 Minuten betragen müsse. Oft hörte ich den Altmeister Billroth betonen, dass die Amputation des Penis mit Ecraseur nur dann keine Nachblutungen zur Folge habe, wenn man beim Zuschnüren von Zahn zu Zahn 2 Minuten verstreichen lasse. Trotzdem bedurfte es erst der Genialität und des Wagemuthes Doyen's, um eine Totalexstirpation mit Hilfe seiner Klemmen ohne Ligatur riskiren zu können.

Doyen's Vorgang schien mir für meine beabsichtigte Operationsmethode sehr leicht anwendbar und ganz besonders vortheilhaft. Da die Klemmen nicht liegen bleiben, konnten die Schenkel derselben sehr stark gemacht werden und dann mit Hilfe einer amerikanischen Zange, wie sie jetzt jeder Schlosser besitzt, und die ein Dreihebelsystem darstellt, geschlossen werden. Diese Zangen multipliciren den Druck in ganz enormer Weise. Die Klemme sollte ferner nicht in der erstbeschriebenen Weise eingeführt werden, sondern umgekehrt, d. h. das Schloss musste in die Vagina zu liegen kommen, um die Klemme vermittels der Zange in der Bauchhöhle schließen zu können. Nach langen Versuchen und Berechnungen fand ich aber, dass Zangen zu diesem Zwecke von solcher Größe und Schwere sein müssten, dass deren Handhabung äußerst erschwert wäre. Ich ging also daran, die

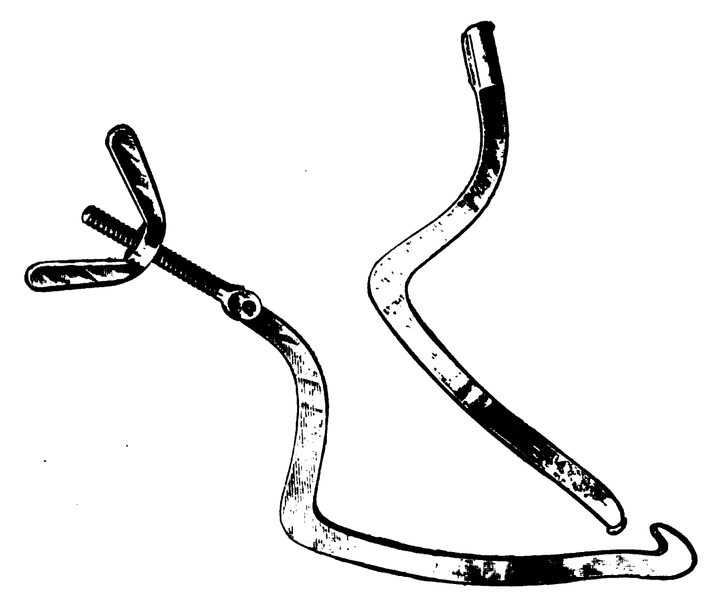


Fig. 4. Klemme zerlegt.

Klemmen durch ein Hebelsystem anderer Art oder durch Schrauben zu schließen, und wieder zeigten Versuche in der Praxis, dass die Zeichnungen der Hebelsysteme auf dem Papier viel mehr versprechen, als sie in Wirklichkeit halten können. Bis zu diesem Augenblicke musste ich von jeder Anwendung der Hebel absehen und es blieb nur die Schraube als einfachstes, leichtestes und sicherstes Mittel, um einen beliebigen und genau dosirbaren Druck auszuüben. Die fabelhafte Druckaufwendung von 1200 kg und darüber, die Doyen mit seinen Klemmen ausüben zu können behauptet, veranlasste mich anfänglich, auch den Druck der Schraube durch einen Hebel zu übersetzen und so zu verstärken; bald aber sah ich ein, dass Doyen's Berechnungen nicht ganz richtig sind und dass ein so hoher Druck weder ausgeübt wird noch nothwendig ist.

Ich ließ hier ein Schraubenmodell in beigegebener Form machen (s. Fig. 4) und bat Herrn Fabrikanten H. Straube in Dresden[2], dem ich meine Pläne, Wünsche und Zeichnungen aus einander setzte, um exakte Ausführung der Klemmen. Um einen hohen Druck aushalten zu können, musste ich das ursprüngliche Schloss der Klemme abändern, es blieb aber dabei zerlegbar. Beim Schraubenmodell I ist das alte Schloss noch vorhanden. Der obere Schenkel der Klemme ist mit einem im Scharnier beweglichen Knie versehen, auf das die Schraube drückt. Beim Modell II (s. Fig. 4, 5 und 6), das Herr Straube ausführte, werden die beiden Klemmschenkel durch eine zurücklegbare Schraube angezogen und auf diese Weise das Gewebe

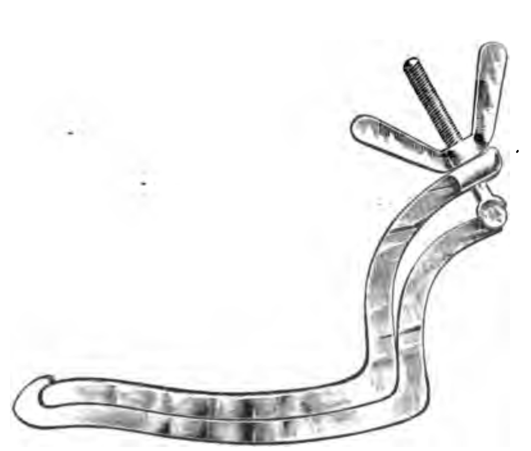


Fig. 5. Klemme geschlossen.

(Die Zeichnung dieser Klemme ist nach dem zum ersten Male verfertigten und noch zu schwachen Modelle gemacht. In Wirklichkeit sind die Schenkel gegen das Knie zu verdickt, eben so ist die Schraube stärker.



Fig. 6. Linke Klemme geschlossen, am Platz, perspektivisch gezeichnet (mit Uteruskrümmung).

zwischen denselben gequescht. Beide Modelle wirken in gleicher Weise, und haben 2 Krümmungen: eine seitliche, der Form des Uterus und des Tumors angemessene Uteruskrümmung, die für rechts und links verschieden ist, und eine Beckenkrümmung, entsprechend der Krümmung des Kreuzbeins.

Die Operation mit diesen Klemmen ist höchst einfach und folgendermaßen: Nach eröffneter Bauchhöhle wird der Uterus sehr stark vorgezogen und der Douglas incidirt. Hierauf wird die Portio nach Doyen und Landau gefasst, vorgezogen, das vordere Scheidengewölbe incidirt und die Blase abgelöst; oder man verfährt umgekehrt,

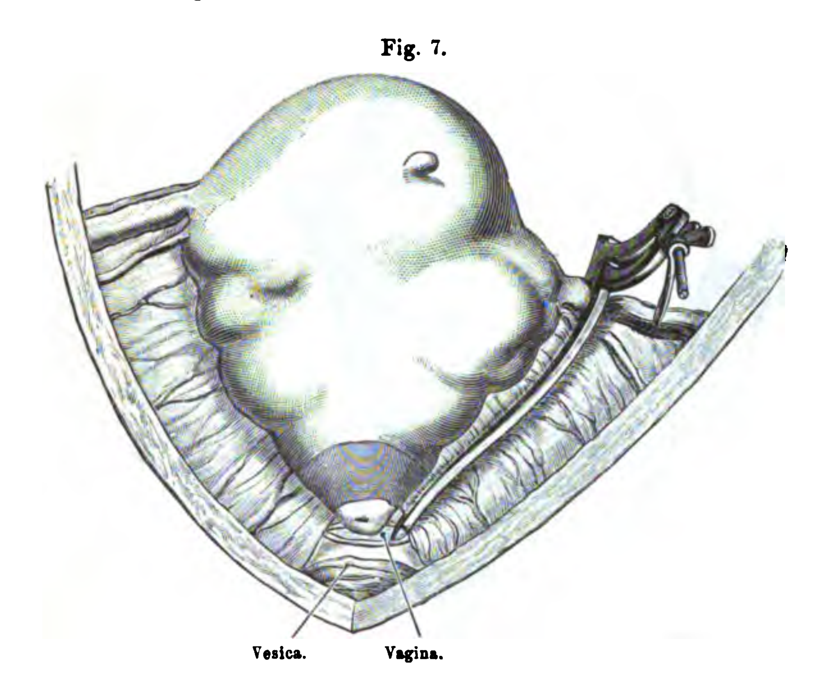
---

[2] Hauptstraße 38.

indem man die Serosa auf dem Uterus einschneidet und die Blase mit dem Finger abschiebt, bis man die Scheide eröffnen kann.

Durch die hintere Scheidenöffnung wird nun der untere Klemmschenkel gesteckt — am besten liegend eingeführt —, so dass das Schloss in die Scheide zu liegen kommt, der obere Schenkel gleitet durch die obere Öffnung (s. Fig. 7) in die Scheide, wo er unter Leitung des Fingers ins Schloss gefügt wird; jetzt werden die Schenkel zusammengedrückt und die Schraube langsam angezogen. Die linke Hand hält die Griffe möglichst fest und ruhig. Ist die Schraube fest angezogen, durchschneidet man das Lig. latum und deckt sofort die Schnittfläche des Uterus mit einem Gazetupfer, um eine Blutung aus den Venen desselben zu verhindern. Nun

Fig. 7.



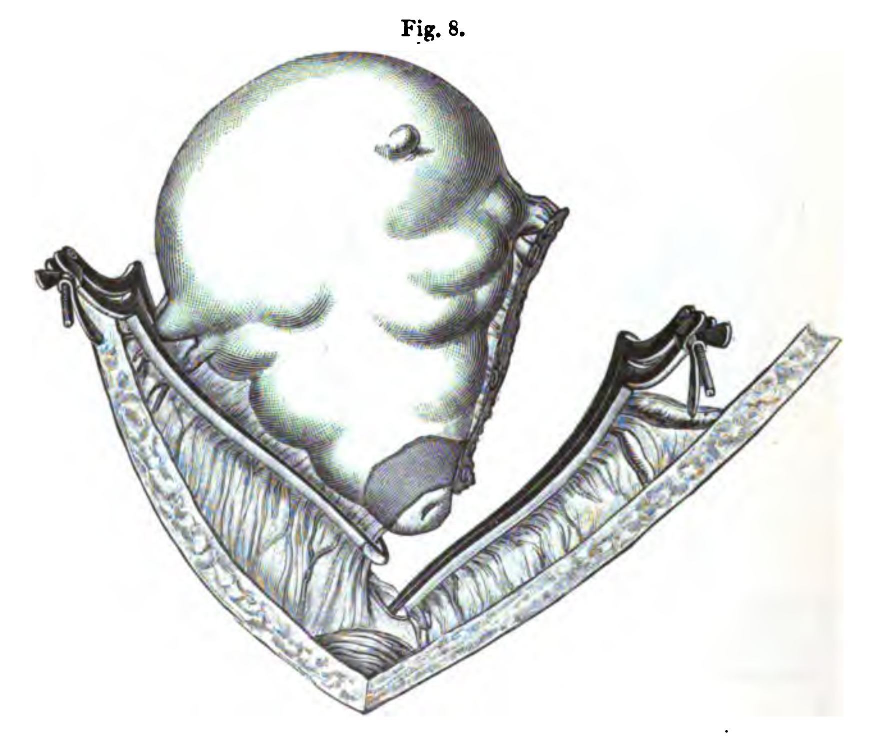
wälzt man den Uterus möglichst stark vor, legt in die zweite Klemme die straff gespannten Ligamente und komprimirt sie mit Hilfe der Schraube (s. Fig. 8). Ein Schnitt hart am medianen Rande der Klemme vollendet die Exstirpation des Uterus mit seinem Tumor. Die Klemmen sollen nun 3 Minuten liegen bleiben. Während dieser Zeit versucht man die Schrauben noch mehr anzuziehen, da die Flüssigkeit aus dem Gewebe nur allmählich verdrängt wird und man dann den Druck allmählich erhöhen kann. Vielleicht wäre es auch zweckmäßig, das Paquelin an der medianen Seite der Klemme dort anzulegen, wo die Arteria uterina zu liegen kommt; dies hätte den Zweck, eine völlige Austrocknung des papierdünn gepressten Gewebes zu erzielen, wodurch eine Nachblutung um so sicherer vermieden würde, als

das Gewebe dort pergamentartig und wie eine Katgutligatur wirken würde.

Nach Versuchen von Doyen, van Rossem[3], Ratschinsky[4] und Anderen sind 3 Minuten die Minimalzeit, welche erforderlich ist, um die Blutgefäße zum Verkleben zu bringen. Ich würde aber auch lieber 5 Minuten vorschlagen, um ganz sicher zu gehen. Nur zahlreiche Versuche an Lebenden können lehren, ob diese Vorsichtsmaßregeln überflüssig sind.

Werden die Klemmen abgenommen, so ist die Operation auch beendet, da die Scheide offen bleiben kann, und es erübrigt bloß die Bauchhöhle zu schließen. Das Einlegen eines Gazestreifens von der

Fig. 8.



Bauchhöhle in die Vagina oder die Naht der Vagina wird immer vom Gutdünken des Operateurs abhängen.

Mit Hilfe dieser Klemmen ist es ein Leichtes, auch gleichzeitig die Exstirpation der Adnexe vorzunehmen.

Die Vortheile meiner Klemmen sind durch diese kurze Beschreibung evident; ich kann aber nicht umhin, die bisher bekannten Klemmen, die alle, auf Doyen's Idee und Princip beruhend, den Zweck haben, durch hohen Druck die Blutgefäße zum Verschlusse zu bringen, zu streifen. Zunächst die Doyen'sche Klemme, die ich

---

[3] Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 37.

[4] Revue de gynécologie 1899. No. 3.

nach monatelangem Warten vor einigen Tagen erhielt. Sie ist ein Koloss, wiegt $1^{1}/_{5}$ kg und ist äußerst schwer zu handhaben. Ist das Gewebe dick und starr, so lässt es sich keineswegs papierdünn zusammendrücken. Presst man mit dieser Klemme ein dünnes Staniolblättchen, so sieht man, dass dies bloß an der Spitze gedrückt wurde, und zwar in einer Länge von kaum 3 cm. Die Länge der Branchen ist aber bloß 6 cm; es wird also thatsächlich nur die Hälfte dieser Länge voll ausgenutzt. Sollte man aber meinen, dass mit dieser Klemme ein 6 cm langes Stück vom Lig. latum gepresst werden kann, so wäre es ein Irrthum, denn gleich beim Zusammendrücken weicht, je nach Dicke und Starre des Gewebes, ca. die Hälfte desselben nach der Spitze zu aus. Es werden somit von einem 6 cm langen Gewebe kaum mehr als 4 cm gepresst und ca. 2 cm wirklich papierdünn gequetscht. Natürlich gilt dies nur für sehr starres Gewebe; liegt aber starres Gewebe nahe am Schloss, so wird, da die Resistenz dort am größten ist, nach der Spitze hin das Gewebe immer weniger gepresst, was sich aus dem scherenförmigen Schließen der Klemme ergiebt. Das gepresste Gewebe wird also, übertrieben gezeichnet, sich leicht keilförmig darstellen $<$. Doyen schätzt den ausgeübten Druck auf 1200 kg, indem er die Kraft des Operateurs mit 60 kg annimmt. Nun, nicht viele Operateure werden mit dem Dynamometer 60 kg aufweisen können, aber nimmt man selbst 50 kg im Durchschnitt an, so würden sich, nach Doyen's Berechnung einer 20fachen Übersetzung, noch immer 1000 kg ergeben.

Liegt nun in der Nähe des Schlosses ein Stahldraht, so bleiben die Branchen an der Spitze offen, der Druck ist also dort gleich Null und mag man noch so viel Gewalt anwenden. Läge aber an Stelle des Drahtes ein Stück Wachs, so würde schon ein ganz geringer Druck hinreichen, um es plattzuquetschen. In praxi wird also wohl ein sehr hoher Druck, aber lange nicht 1000 kg, aufgebraucht, da der Druck stets von der Resistenz des gepressten Gewebes abhängt, also verschieden ist bei Muskulatur, Sehne, Knorpel und Knochen.

Dasselbe gilt auch von allen anderen Klemmen, wiewohl ich sie nicht aus eigener Anschauung kenne.

Die Thumim'sche Klemme ist ebenfalls ein Koloss von ungefähr 35 cm Länge (ohne Excenter). Zweifel[5] sagt von ihr, dass der Excenterhebel schwer zu spannen ist und hierzu 2 Personen nöthig sind. Einen großen Nachtheil soll auch das schnelle und ruckweise Schließen desselben bilden. Die Branchen der Doyen'schen Klemme sind an der Basis $1^{1}/_{2}$ cm breit und 2 cm hoch; an der Thumimschen dürften sie, nach der Zeichnung der Klemmflächen in Döderlein's[6] Arbeit, eben so viel betragen. Ein Blick auf die (übrigens ungenaue) Abbildung im Centralblatte für Gynäkologie 1899 No. 5

[5] Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 37.
[6] Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 1899. Bd. II. Hft. 1.

lässt sofort erkennen, dass die Federwirkung der Hebelarme den angeblich noch höheren Druck, als bei Doyen's Klemme, zum großen Theile aufhebt.

Dasselbe gilt auch von Zweifel's Klemme (l. c.), die 40 cm lang ist. Kossmann's[7] Angiothryptor ist wenigstens handlicher, wenn auch der erreichte Druck nicht besonders groß sein kann. van Rossem[8] und Sykow[9] haben richtig erkannt, dass die Branchen der Klemmen parallel schließen müssen, sollen sie einen gleichmäßigen Druck auszuüben vermögen, da die scherenartige Schließung die bereits erwähnten Nachtheile hat. Aber die Klemmen von Sykow sind zu klein. Welch komplicirtes, schweres Instrument ist das von van Rossem! Allen gemeinsam ist der große Nachtheil, dass die Branchen der Klemmen relativ sehr kurz sind, besonders im Verhältnisse zur Gesammtlänge. Es müssen desshalb die Klemmen an durch große Myome distendirte Ligamente auf jeder Seite mehrmals angelegt werden, bis alle Theile geklemmt sind. Es geht dadurch sehr viel Zeit verloren und damit auch ein Hauptvortheil, den die Angiothrypsie bieten kann. Was bleibt, ist bloß, dass man sich 4—6 Ligaturen erspart, und hierzu sollen wir so kolossale und theure Apparate verwenden! Der beste Beweis, dass die Angiotriben nicht befriedigten, ist deren große Zahl in so kurzer Zeit.

Ich hoffe, dass meine Klemme, die ich am liebsten »Schraubenklemme« nennen möchte, die gesuchten Verbesserungen in sich vereinigt.

Sie ist leicht, kräftig, übt einen hohen Druck aus, und was das Wichtigste ist, sie klemmt das ganze Ligament auf einmal ab, ohne dass das Gewebe ausweichen kann. Diese Vortheile bedingen ein rasches und sicheres Operiren.

Fritsch[10], dem wir so manchen weisen Rath in der operativen Gynäkologie verdanken, empfiehlt bei Myotomien als Hauptsache: Sauberkeit, Schnelligkeit, Sicherheit.

Bei allen Myomoperationen ist äußerst genaue Blutstillung nothwendig und er sieht die Gefährlichkeit dieser Operation vor Anderen in dem Außerachtlassen dieses Umstandes.

Da nun diese Klemme das Lig. latum auf einmal fasst, so ist jede Blutung ausgeschlossen und somit auch seine Forderung, nicht zu tupfen, erfüllt.

Die Operation ist ferner, da die Klemmen beiderseits nur höchstens 5 Minuten liegen müssen, auch sehr rasch beendet und dauert bloß 15—20 Minuten.

---

[7] Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 37.

[8] Ibidem.

[9] Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 12.

[10] Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 241. Ref. im Centralblatte für Gynäkologie 1899. No. 44.

Sind die Resultate der anderen Klemmen bezüglich der Blutstillung richtig, so erfüllt auch meine Klemme die 3. Forderung Fritsch's: Sicherheit.

Es wird mit meinen Klemmen eine Myotomie eine sehr leichte und in Folge der Raschheit und des minimalen Blutverlustes beinahe ungefährliche Operation werden.

Diese Klemmen eignen sich auch (wenn auch mit großer Vorsicht anzuwenden) zur Totalexstirpation des Uterus auf vaginalem Wege. Die Klemmschenkel müssen nur unter Leitung des Fingers eingeführt und geschlossen werden. Der untere Klemmschenkel wird durch das hintere Scheidengewölbe in die Bauchhöhle geleitet und dann ein wenig zurückgezogen, bis sich das Ligament im Haken des Schlosses fängt. Im Übrigen ist der Vorgang wie allgemein üblich.

Mit großem Vortheile könnte diese Klemme zur temporären Blutstillung bei Operation der Tubargravidität angewendet werden. Der Vorgang wäre hier ähnlich wie wenn man eine abdominelle Totalexstirpation ausführen wollte d. i. Eröffnung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes und Abklemmen des Ligamentes jener Seite, auf der die Tubargravidität ist. Da diese Operation längere Zeit dauert, würden die Blutgefäße besonders fest komprimirt werden und man könnte nachfolgende Nekrosen befürchten. Ich glaube aber nicht, dass diese eintreten würden, da ich an Fleischversuchen sah, dass die gepressten Partien, wenn sie nicht durchschnitten werden, sich allmählich wieder mit Gewebsflüssigkeit füllen und die beiden Stücke rechts und links von der Klemmfurche sich stark einander nähern. Es ist also anzunehmen, dass nach einigen Stunden ein neuer Kreislauf sich einstellen wird.

Dass diese Klemmen auch zur Resektion großer Netzpartien, zu Darmresektionen etc. angewendet werden können, ist selbstredend. An Handlichkeit lassen sie nichts zu wünschen übrig.

Noch Einiges über die Maße der Klemmen.

Die Klemmfläche ist bloß 8 mm breit, aber 14 cm lang, also für alle Fälle ausreichend; sie hat wie Doyen's Klemme eine seichte Furche in der Mitte, ist aber sonst nicht aufgerauht, sondern glatt. Jeder Schenkel ist an der Spitze 1 cm hoch, wird dann allmählich dicker, bis er in der Mitte $1^1/_2$ cm erreicht. Die Schraube ist flachgängig und halbzöllig; die Flügelmutter misst im Durchmesser 10 cm. Der Scharnierstift misst 8 mm im Durchmesser. Der Griff ist so groß, dass er bequem in der Hand sitzt. Der obere Klemmschenkel liegt bei offener Schraube bloß im ersten Drittel auf, ist also leicht nach oben gebogen, um ihm größere Festigkeit zu verleihen. Bei angezogener Schraube berühren sich die Klemmflächen haarscharf, wodurch das ganze Gewebe gleichmäßig papierdünn gedrückt wird. Von der Genauigkeit der Konstruktion hängt sehr viel ab.

Wie groß ist nun der ausgeübte Druck dieser Klemme?

Leider giebt es keinen Apparat, mit dem man diesen Druck direkt zu messen im Stande ist; ich musste mich darauf beschränken

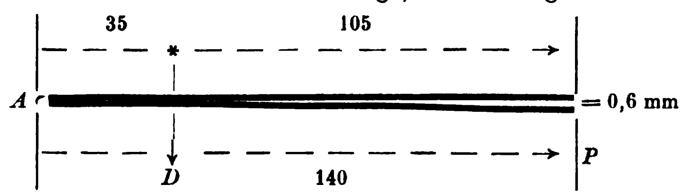
an meiner und Doyen's Klemme vergleichende Versuche mit Kautschuk und Fleischstückchen anzustellen. Die Resultate waren so ziemlich gleich, nur konnte ich feststellen, dass meine Klemme gerade an jenen Punkten, wo die großen Gefäße liegen, auch am stärksten drückt, d. i. nahe am Schloss und nahe am Knie der Klemme.

In der Praxis hängt der aufgewendete Druck, wie gesagt, von der Resistenz des Gewebes ab, und diese ist ein unbekannter und wechselnder Faktor. Theoretisch hingegen lassen sich sehr exakte Berechnungen anstellen, die ich dem Herrn Ingenieur West verdanke.

Bei einer Flügelschraube von 100 mm Durchmesser resp. Abstand der Flügel genügt ein Druck der Finger in der Drehrichtung von 16—17 kg, um einen Druck der Schraube von 1000 kg auszuüben; bei einem Drucke von 20 kg auf die Flügel der Mutter erreicht man 1200 kg wie bei der Doyen'schen Zange, nur muss bei dieser letzteren der 3fache Druck, d. i. 60 kg von den die Schenkel umklammernden Fingern ausgeübt werden.

Eine Stahlschraube von $^1/_2$ engl. Zoll Durchmesser hat einen genügend großen Kernquerschnitt, um 1000 kg Druck auszuhalten.

Was das Verhalten der Klemmenschenkel bei Ausübung des Druckes durch die Schraube anbelangt, so ist Folgendes zu sagen:



Die obere Klemme ist mit Spannung eingesetzt, d. h. sie ist derartig nach oben gebogen (aus technischen Gründen), dass die Schenkel am Ende bei *P* ca. 0,6 mm aus einander stehen und sich bei *D* berühren. Um diese Primärbiegung zu überwinden, ist — bester gehärteter Stahl als Material vorausgesetzt — ein Druck *P* von ca. 200 kg nothwendig. In *D* wird der Druck der oberen auf die untere Klemme dann $200 \times \frac{140}{35} = 800$ kg betragen.

NB. Greift der Druck *P* 20 cm vom Punkt *A* entfernt an und bleibt das Maß von 35 mm von *A* bis *D* bestehen, so ist die Entfernung *D* bis *P* = 165 mm und genügt eine Kraft *P* von 5 kg, um die beiden Schenkel auf der ganzen Länge zur Berührung zu bringen. Der Druck *P* wird in diesem Falle $52 \times \frac{200}{35} =$ ca. 300 kg betragen.

Hat die Schraube den Druck *P* = 200 kg ausgeübt, so berühren sich die Schenkel von *A* bis *P*. Schraubt man jetzt fester den oberen Schenkel gegen den unteren und zwar bis zu einer Kraftäußerung der Schraube von 1000 kg, so werden die Schenkel am Ende, bei *P* mit 1000—200 = 800 kg zusammengepresst.

Denkt man sich vor der Geradebiegung des oberen Schenkels etwa einen Stahldraht von $1/2$ mm Stärke an der Stelle *D* zwischen beide Schenkel gelegt, so wird dieser Stahldraht den folgenden Druck erhalten:

1) die oben angegebenen 800 kg, die den 200 kg in *P* entsprechen, um die Branche gerade zu biegen.

2) Den Druck von 2660 kg, welcher dadurch entsteht, dass in *P* ein genügender Druck von 666 kg durch die Schraube ausgeübt wird, um die an dieser Stelle noch etwa 2 mm von einander entfernten Branchen zusammen zu bringen. Während also in *P* ein Druck von 866 kg ausgeübt wird, erhält der in *D* zwischen den Klemmen befindliche Stahldraht 3400 kg Druck. (Praktisch kann dieser Druck natürlich nicht ausgeübt werden, da Eindrücke durch den Draht entstehen, falls dieser härter ist als die Schenkel.)

Bei Verwendung der Zange wird, wenn es sich nicht um Stahldraht, sondern um Gewebe handelt, auf alle Fälle ein Druck von 800 kg in *D* bis zum Geradebiegen des oberen Schenkels ausgeübt werden. Dann steigt der Druck je nach Widerstandsfähigkeit der Gewebe, bis auch am Ende bei *P* der Druck 800 kg (bei 1000 kg Schraubendruck) beträgt.

Das äußerst spärliche Material hier veranlasst mich, diese Klemmen ohne Versuche an Lebenden der Öffentlichkeit zu übergeben, in der Hoffnung, dass meine Anregungen die Herren Chefs der großen Kliniken zur Ausführung dieser Operationsmethode veranlassen werden. Ich hege sogar eine gewisse Zuversicht, da Herr E. Fränkel (Breslau) in der »Deutschen med. Wochenschrift« 1899 No. 1 über meine bereits im Jahre 1898 publicirte Methode sagte...... Sollte sich also für die abdominelle Hysterektomie eine derartige praktikable Methode finden lassen, so würde sie als eine große Annäherung zur Idealoperation freudig zu begrüßen sein. Vielleicht, dass es diese Klemmen thun.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 24. November 1899.
Vorsitzender: Schauta; Schriftführer: Regnier.

I. Savor: Symphysenruptur (Krankendemonstration).

S. stellt eine 34jährige Ipara vor, Körperlänge 119 cm, rachitisch plattes Becken, C. v. 8 cm.

Bei der mittels Kraniotomie vorgenommenen Entbindung entstand eine Ruptur der Symphyse ohne penetrirende Verletzung der Weichtheile. Die Ruptur heilte rasch, so dass das funktionelle Resultat ein gutes ist, doch bewegen sich beim Gehen die Symphysenenden noch gegen einander um $1/4$ cm.

(Erscheint ausführlich in der Wiener klin. Wochenschrift.)

Diskussion: Braun fragt, wie die Stellung der Füße nach der Ruptur war, da nach dem geringen Grade der Ruptur kaum anzunehmen sei, dass eine Auswärtsrotation stattgefunden habe.

Savor erwidert, dass eine Auswärtsrotation der Füße nicht wahrzunehmen gewesen sei.

R. v. Braun bemerkt, dass es sich hier um einen geringen Grad von Ruptur gehandelt habe. Jedenfalls bilde dieser Fall einen neuerlichen Beweis, dass Symphysenruptur ohne Verletzung des Ileosacralgelenkes zu Stande kommen könne.

Savor theilt zur weiteren Aufklärung mit, dass jegliches Anzeichen von Verletzung eines Ileosacralgelenkes gefehlt habe. Bemerkenswerth sei der Fall ferner wegen der Beckenform, bei der die Ruptur stattgefunden, denn disponirt zur Symphysenruptur sind sonst die allgemein verengten, die osteomalakischen und die Trichterbecken.

R. v. Braun untersucht den Fall und konstatirt, dass das Becken nur wenig verengt sei. Auch dürfte hier nicht die Verengerung des Beckens, sondern vielmehr eine Prädisposition an der Ruptur Schuld tragen. Wenn man die kolossale Kraft bedenke, die beim hohen Forceps in Anwendung kommt, so sei das Urtheil über das Zustandekommen der Symphysenruptur erhärtet. Interessant sei es ferner bei dem vorgestellten Falle, dass die Symphysenenden so wenig beweglich sind, wie man es selten nach Spontangeburten bei Primiparis findet und schließe er sich auch diesbezüglich der Meinung Savor's an.

II. Ludwig stellt einen Fall von Carcinom der Portio vaginalis eines im 6. Monate schwangeren Uterus vor.

Die 40jährige Pat., mit ihrem 17. Lebensjahre menstruirt, hatte 6mal normal geboren, nie abortirt. Seit März 1899 bestanden unregelmäßige Blutungen, die im Juli während 7 Wochen sistirten und im Oktober aber wieder mit solcher Heftigkeit auftraten, dass die Pat. ohnmächtig wurde. Es bestanden in der letzten Zeit leichte Kreuzschmerzen, aber es trat keine Abmagerung ein. Der Eintritt in die Klinik erfolgte am 26. Oktober 1899. Wir fanden einen im 6. Lunarmonate schwangeren Uterus, dessen Portio zum größten Theile durch heftig blutende und jauchende Aftermassen zerstört war. Diese letzteren griffen auch in Form von grobhöckerigen, leicht abbröckelnden und dabei heftig blutenden Wucherungen in den Cervicalkanal über. Die mikroskopische Untersuchung ergab Epithelialcarcinom.

Am 27. Oktober wurde die Totalexstirpation per laparotomiam von mir ausgeführt. Die Versorgung des rechten Parametriums machte, da hier das Neugebilde sich weiter erstreckte, bedeutende Schwierigkeiten. Der Verlauf war anfänglich fieberhaft, später, als sich ein kleiner Bauchdeckenabscess entleert hatte, ein glatter. Da sich in dem exstirpirten Uterus ein intaktes Ei befand, entleerte ich mittels Trokars das Fruchtwasser Behufs chemischer Untersuchung des letzteren. Herr Kollege Panzer, Assistent am hiesigen chemischen Laboratorium, theilt darüber Folgendes mit:

Menge: 408 ccm, Farbe: bernsteingelb, Reaktion: sehr schwach alkalisch; spec. Gewicht 1,00849, Durchsichtigkeit: fast ungetrübt. Sediment: sehr spärlich, bestehend aus einzelnen Epithelzellen und Lymphocyten.

Die qualitative Untersuchung ergab die Anwesenheit von Harnstoff, Harnsäure, Albuminen, Globulinen, Spuren von Cholestearin und Seifen, das Fehlen von Oxalsäure und Milchsäure.

1000 g der Flüssigkeit enthalten:

Wasser	948,49 g
feste Stoffe	15,51
organische Substanzen	6,94
anorganische Salze	8,57
Gesammtstickstoff	1,63
Harnstoff	0,53
Harnsäure	0,10
koagulirbares Eiweiß	5,19
Sulfatschwefelsäure	0,03
Ätherschwefelsäure	0,01

Es ergiebt sich aus dieser Analyse, dass die Angabe, das Fruchtwasser sei in den früheren Perioden der Schwangerschaft reicher an festen Stoffen, als am Ende der Gravidität, für unseren Fall nicht zutrifft. Nach Kaltenbach beträgt die Summe der festen Bestandtheile 10,7—16‰, wir haben 15,51‰. Dagegen bestätigt unser Fall die Annahme, dass das Fruchtwasser früherer Schwangerschaftsperioden einen größeren Eiweißgehalt besitze. Richard Schröder berechnete aus 50 Analysen den Gesammteiweißgehalt mit 1,813‰, in unserem Falle beträgt er fast das Dreifache. Prochownik berechnet den durchschnittlichen Harnstoffgehalt mit 0,16‰, nur bei Hydramnios fand er 0,48‰, Fehling aber fand im 10. Schwangerschaftsmonate bis zu 4‰ Harnstoff. In unserem Falle ist der Harnstoffgehalt von 0,53‰ mit Rücksicht auf den 6. Schwangerschaftsmonat als ein ziemlich hoher zu bezeichnen.

III. Schmit: Psammocarcinoma corporis uteri.

Der Vortr. demonstrirt Präparate einer im Uterus bisher noch nicht beschriebenen Form des Krebses, der fast die ganze Innenfläche des Corpus einnahm und sich makroskopisch als Zottenkrebs darstellte; mikroskopisch ist die Geschwulst durch reichliches Auftreten von Kalkkonkrementen charakterisirt, deren Entstehung aus epithelialen Zellen mit Sicherheit nachweisbar war. Diese Kalkkonkremente waren in allen Metastasen noch reichlicher vorhanden, so dass diese oft schon durch das Gefühl als sandartige Körner zu tasten waren. Diese Metastasen fanden sich zerstreut in der ganzen Dicke der Uterusmuskulatur, besonders zahlreich in der äußeren Schicht, und ließen sich durch das ganze Lig. latum, längs der Tube und in den centralen Theilen der anscheinend normalen Ovarien nachweisen. Die 73 Jahre alte Pat. verließ nach der von Prof. Schauta vorgenommenen abdominellen Totalexstirpation anscheinend vollkommen geheilt die Klinik; in letzterer Zeit traten jedoch schmerzlose, harte und höckerige Drüsentumoren in inguine auf, die zu Ödemen der unteren Extremitäten führten. Es handelt sich jetzt wohl um Metastasirung in den Leistendrüsen, erfolgt durch die Lymphbahnen der Ligg. rotunda.

(Erschien ausführlich in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX Hft. 1. Festschrift für Prof. Schauta.)

IV. v. Woerz demonstrirt eine vom linken Ovarium ausgegangene, über mannskopfgroße Cyste, deren Stiel $2^1/_2$mal um 360° gedreht war. Die Drehung war eine rechtsspiralige (Schauta), sie war also in dem Küstner'schen Gesetze entgegengesetztem Sinne erfolgt. Die in die rechte Seite der Pat. hinübergefallene Cyste war durch einen kurzen, aus Tube, Mesosalpinx und Lig. ovarii gebildeten Stiel mit dem Uterus verbunden, welcher ebenfalls eine Achsendrehung, und zwar um 180°, erfahren hatte. Die Achsendrehung des Uterus erfolgte natürlich in demselben Sinne, wie die Torsion des Cystenstieles, so dass sich seine linke Kante nach vorn und dann nach rechts gewendet hatte. Das Präparat stammt von einer 19jährigen Nullipara, bei der sich die ersten Symptome einer Stieldrehung Mitte August 1899 bemerkbar machten. In der Nacht vom 5. zum 6. November erfolgte plötzlich ohne nachweisbare Ursache eine weitere Verstärkung der Torsion und unter Anwachsen des Abdomens traten peritonitische Erscheinungen auf. Vortr. führte daher am 9. November die Laparotomie aus. Der Heilungsverlauf war ein ganz glatter und Pat. konnte am 14. Tage nach der Operation entlassen werden.

Redner führt aus, dass ihm einschließlich des eben beschriebenen im Ganzen 48 Fälle von Achsendrehung des Uterus in Folge von Geschwülsten aus der Litteratur bekannt seien. 25 davon betrafen subseröse Myome, 23 Ovarialtumoren. Bei den letzteren sei 11mal auch Stieldrehung des Tumors beschrieben worden. Auffallend sei, dass 10 davon Frauen betrafen, welche 1mal oder öfters entbunden hatten und der von ihm beobachtete Fall sei der erste bekannte, in welchem bei einer Nullipara Stieldrehung eines Ovarialtumors und in Folge dessen Achsendrehung des Uterus eingetreten sei.

V. Peham: Ein Fall von Deciduoma malignum.

Bericht über einen in der Klinik Chrobak beobachteten Fall von Deciduoma malignum.

Bei einer 25jährigen Frau traten im Anschlusse an einen im März 1899 stattgehabten Abortus mehr oder weniger heftige Blutungen auf, welche bis zu ihrer Aufnahme in die Klinik am 28. September andauerten. Es fand sich ein vergrößerter, in beweglicher Anteflexion befindlicher Uterus mit für den Finger durchgängigem Cervicalkanal. Das Uteruscavum war ausgedehnt, an der vorderen Wand im Fundus nahe der linken Tubenecke stieß man auf eine thalergroße, rauh anzufühlende Stelle, von welcher Gewebstheilchen mit der Schultze'schen Zange entfernt wurden. Nachdem die mikroskopische Untersuchung ein Chorionepitheliom ergeben hatte, wurde am 9. Oktober die vaginale Totalexstirpation mit Entfernung beider Adnexe von Herrn Hofrath Chrobak vorgenommen. Operation und Heilung verliefen glatt.

Am 4. November trat abermals eine heftige Blutung aus einem in der vorderen Vaginalwand befindlichen nussgroßen Tumor auf, der sich als Metastase erwies. Wenige Tage später Hämoptoë, seither andauernd blutiges Sputum und schwere Veränderungen in den Lungen. Im Sputum konnten bis jetzt Tumormassen nicht nachgewiesen werden.

Der exstirpirte, durch einen durch seine vordere Wand gelegten Längsschnitt eröffnete Uterus erscheint zunächst vergrößert (13 cm lang). Im Fundus sitzt eine am durchschnittenen Präparate $4^1/_2$ cm im Durchmesser haltende, kugelige Geschwulst, welche sich nach der Höhle zu vorwölbt. Auf der Schnittfläche quillt dieselbe sehr stark vor, hatte ein gelbröthliches Aussehen, war derb elastisch, von zahlreichen weiten Gefäßen durchzogen. Eine genaue Besichtigung der Geschwulstgrenzen zur Muskulatur lässt erkennen, dass der Tumor aus ziemlich weiten Hohlräumen, anscheinend Venen, vortritt. Mikroskopisch finden sich die zusammenhängenden syncytialen Massen in der typischen Form der unregelmäßigen vielkernigen Balken, ferner Anhäufungen von hellen polyedrischen Zellen, in denen sich stellenweise Glykogen und Fett-Tröpfchen nachweisen lassen und welche vereinzelt Mitosen zeigen (gewucherte Langhans'sche Zellen), dann stärker färbbare, unregelmäßig geformte Zellen mit Kernen verschiedener, oft ganz enormer Größe (syncytiale Zellen). Der metastatische Knoten in der Vagina zeigt mikroskopisch ein dem primären Tumor vollständig analoges Bild.

Diskussion: Neumann bemerkt, dass dies einer derjenigen typischen Fälle sei, bei denen sich beide Zellgattungen betheiligen, das Syncytium und die Langhans'sche Zellschicht. Es sei leider nicht zu ersehen, ob in dem Falle noch irgend welche Theile des Eies vorhanden waren. Ferner fällt es auf, dass auch in der Scheidenmetastase beide Arten von zelligen Elementen vertreten sind.

Peham bemerkt, dass dies der 1. Fall sei, bei dem er Gelegenheit habe, Metastasen des Tumors zu untersuchen. Marchand theilt einen Fall mit, wo in den Lungenmetastasen beide Arten von zelligen Elementen nachgewiesen werden konnten.

Neumann bemerkt, dass auch er einen Fall von Lungenmetastase untersucht habe, in der sich beide Arten von Zellschichten vorfanden. In seinem Falle fanden sich nur syncytiale Elemente.

Sitzung vom 12. December 1899.
Vorsitzender: Schauta; Schriftführer: Schmit.

I. Halban: Paracystitis in Folge eines Fremdkörpers in der Blase. (Krankenvorstellung mit cystoskopischer Demonstration einer Haarnadel.)

Die Pat. — eine 22jährige Nullipara — kam in die Klinik Schauta mit der Angabe, im Unterleibe Schmerzen zu haben. Die gynäkologische Untersuchung ergab einen Tumor, der sich längs des linken horizontalen Schambeinastes bis gegen das Tub. ileo-pubicum erstreckte. Der Tumor war langgestreckt, etwa 2fingerdick, von unregelmäßig höckeriger Oberfläche, etwas druckempfindlich und saß dem Knochen fast unverschieblich auf, so dass er von ihm auszugehen schien. Die Härte des Tumors war so bedeutend, dass er den Eindruck einer malignen

Knochenneubildung erweckte. Die wiederholte Untersuchung legte aber den Gedanken nahe, dass er mit der Blase im Zusammenhang stehen könnte, da seine mediale Grenze sich in der Blasengegend verlor, und ich hatte die Vermuthung, dass es sich um ein paracystitisches Infiltrat handle, das retroperitoneal längs des linken horizontalen Schambeinastes weiter gegangen ist. Mit Rücksicht auf diese Vermuthung machte ich die cystoskopische Untersuchung. Der Urin erwies sich als stark getrübt. Die Cystoskopie ergab nun zur Überraschung eine Haarnadel, welche in der Blase quer lag, und zwar so, dass die Spitzen der Nadel gegen die linke Blasenwand aufdrückten, während der Nadelbogen rechts lag. Die Nadel selbst war nur wenig inkrustirt. Die Blase zeigte eine diffuse Entzündung und am Blasenboden, besonders in seinem linken Antheile, bestand ein starkes bullöses Ödem.

Die Pat. gab nun auf Befragen zu, dass sie vor 2 Monaten angeblich wegen starken Juckens am Genitale mit der Nadel manipulirte, wobei diese in der Urethra verschwunden ist. Sie habe in der Anamnese desshalb nichts davon erwähnt, weil ein damals konsultirter Arzt ihr erklärt habe, dass von einer Nadel in der Blase keine Spur sei.

Durch starkes Füllen der Blase konnte ich nun die Nadel verschieben und es zeigte sich darauf, dass an den Stellen, wo die Spitzen der Nadel aufdrückten, die Blase 2 kleine, aber tiefe Geschwüre aufwies, deren Ränder strahlig nach außen gegen das Infiltrat zu verzogen waren.

Der Tumor am linken Schambeine konnte nunmehr leicht mit Sicherheit als Infiltrat diagnosticirt werden, welches offenbar so entstanden war, dass von den beiden Geschwüren in der Blase her Bakterien in das paracystitische Zellgewebe eingedrungen waren, welche langsam längs des Schambeinastes weitergekrochen sind.

Die große Härte und verhältnismäßig geringe Druckempfindlichkeit des Infiltrates, eben so der Umstand, dass dasselbe offenbar 2 Monate bestanden hat, ohne zur Vereiterung zu kommen, lassen wohl die Annahme gerechtfertigt erscheinen, dass es sich um eine Infektion mit schwach virulenten Kokken handelte. Der Process ist in Analogie zu setzen mit jenen Formen von Parametritis, welche als harte, langsam entstehende, nicht schmerzhafte, zur Vereiterung nicht besonders geneigte Infiltrate auftreten, im Gegensatze zu jenen Parametritiden, welche einen akuten Verlauf nehmen, sehr schmerzhaft sind und bald vereitern. Bei beiden Formen kann es sich — wie meine eigenen Untersuchungen ergaben — um Streptokokkeninfektionen handeln. Doch muss man für die erstere eine geringe, für die letztere eine bedeutendere Virulenz derselben annehmen.

Was die im vorgestellten Falle beobachtete Paracystitis betrifft, so finden sich in der Litteratur keine Analoga derselben, da die beschriebenen Fälle diffuse Infiltrationen um die ganze Blase betrafen. In dem demonstrirten Falle hingegen kam es aber zu einer ausgesprochen einseitigen Entwicklung des Infiltrates.

(Demonstration der Nadel in der Blase mit Hilfe des Cystoskopes.)

Nachtrag bei der Korrektur:

Ich entfernte die Nadel 1 Tag nach der Demonstration aus der Blase, und zwar in der Weise, dass ich — in Ermangelung eines eigenen Operationscystoskopes — neben dem gewöhnlichen Cystoskop eine ganz dünne Kornzange einführte. Mit dieser, wie mit dem Cystoskop selbst dirigirte ich die Nadel so, dass der Bogen sich gegen das Orificium urethrae internum einstellte. Dann fasste ich den Bogen der Nadel, worauf die Entfernung derselben leicht erfolgte.

Die Blase wurde dann durch Auswaschungen und Instillationen mit Arg. nitr. behandelt. Es besserten sich die Cystitis, die Geschwüre und das paracystitische Infiltrat sichtlich von Tag zu Tag und waren nach ungefähr 3 Wochen verschwunden, so dass die Pat. vollständig geheilt entlassen werden konnte.

Diskussion: Schauta führt 2 Fälle an, die ihm in dasselbe Kapitel zu gehören scheinen. Beide Fälle stammen aus der Privatpraxis. In dem 1. Falle handelte es sich um eine Frau, die im Februar 1898 entbunden hatte; das Wochenbett war fieberhaft und durch 3 Wochen musste 2—3mal täglich der Katheter

applicirt werden. Bei der Untersuchung fand sich ein median gelegener Tumor, 3—4 Querfinger die Symphyse überragend und von sehr harter Konsistenz. Durch Sondirung der Blase und durch die Palpation ließ sich nachweisen, dass der Tumor zwischen der vorderen Bauchwand und zwischen dem kleinen, nach rückwärts gelagerten Uterus liege und aus nichts Anderem bestehe, als aus der ca. 2 cm dicken Blasenwandung. Die Pericystitis entstand aus einem Blasenkatarrh in Folge des lange dauernden Katheterismus. Hier handelte es sich um eine gleichmäßige Verdickung der Blasenwand.

In einem 2. Falle hatte S. im Juni 1893 bei einer Pat. wegen Retroversio uteri und Sterilität die ventrale Fixation gemacht und den Uterus nach Sänger-Olshausen an die vordere Bauchwand fixirt. Die Heilung ging glatt und fieberfrei vor sich. Im Mai 1894 hatte die Frau eine normale Entbindung, da nach Korrektur der Lageveränderung Schwangerschaft eingetreten war. Im November 1896 erfolgte wieder eine Entbindung, die ebenfalls normal verlief. Im April 1899, also 3 Jahre nach der letzten Entbindung, kam die Frau zu S. mit einem handtellergroßen Exsudate zwischen Uterus und Bauchdecken; dasselbe war median gelagert und entsprach der Blasengegend. Es konnte konstatirt werden, dass die Blase hinter dem Infiltrate und dass dieses im Cavum Retzii liegen müsse. Der Sagittaldurchmesser des Exsudates wurde auf 1 Zoll geschätzt. Der Tumor hat sich allmählich verkleinert. Hier dürfte es sich um Einwanderung der Seidenfäden in die Blase gehandelt haben.

In allen hierher gehörigen Fällen ist es fraglich, ob es sich um eine entzündliche Infiltration oder um Urininfiltration handle. Letztere Annahme hätte in so fern viel für sich, da hierfür die besondere bretttharte Beschaffenheit des Exsudates spricht. Doch ist auch Infektion möglich, da durch eine solche auch harte Exsudate entstehen können. Diese Fälle sind schon desshalb interessant, weil sie meist dem Gynäkologen zur Beobachtung kommen.

R. v. Braun-Fernwald erinnert daran, dass er einen ähnlichen Fall vor 2 Jahren vorgestellt habe, bei dem es sich um ein Infiltrat vor der Harnblase gehandelt habe. Es bestand eine handtellergroße Infiltration und man hatte damals ein noch deutlicheres Bild von einem bullösen Ödem als hier. Es handelte sich um eine Frau, die spontan entbunden hatte und in die Ambulanz kam. Fieber im Wochenbette wurde negirt. Das Infiltrat ging schließlich unter Prießnitzumschlägen zurück. Das cystoskopische Bild des Ödems erinnerte Vortr. lebhaft an das einer Blasenmole.

II. Hübl: a. 2 Fälle von Luftembolie bei Placenta praevia; akuter Tod — protrahirter Tod. (Erscheint ausführlich.)

b. H. demonstrirt Moulagen, welche die Durchschnitte durch das Genitale einer Erst- und Mehrgeschwängerten resp. -Gebärenden in verschiedenen Phasen darstellen. Diese Moulagen bewährten sich als gutes Lehrmittel beim geburtshilflichen Unterrichte.

III. Hink: Ein Fall von Sectio caesarea und Bemerkungen über den queren Fundalschnitt.

Ich möchte in Kürze über eine Sectio caesarea mit querem Fundalschnitte nach Fritsch und Tubenresektion nach Halban berichten. Es handelte sich um eine 32jährige VIpara mit leicht allgemein verengtem Trichterbecken (C. v. $9^1/_2$, Transversa des Beckeneinganges 8 cm), bei welcher vor 2 Jahren eine (wahrscheinlich inkomplete) Uterusruptur von anderer Seite konservativ und ohne Laparotomie behandelt worden war, wodurch eine derartige Narbenstenose der Cervix bewirkt wurde, dass es zur Entwicklung einer lebenden Frucht unbedingt gerathen erschien, den abdominellen Weg zu wählen, um so mehr, als die Frau ein lebendes Kind — welches sie bisher nicht besaß — und Sterilisation dringend wünschte.

Zu Beginn der Eröffnungsperiode wurde die Operation in Narkose mit Billroth'scher Mischung ausgeführt. Die Frucht befand sich in I. dorso-anteriorer Querlage, der Fundus gut 25 cm breit, Placentarinsertion deutlich hinten erkennbar. Wasser bereits abgeflossen, daher vorsichtige Durchtrennung der Uteruswand,

diese 3—4 cm dick. Es blutet sofort aus mehreren Arterien äußerst heftig. Die Placenta wurde nicht getroffen und die Frucht, zu deren Füßen ich nicht gelangen konnte, am Kopfe extrahirt. Nunmehr trat eine schwere Atonie auf und zugleich blutete es aus der Schnittfläche arteriell weiter. Rasche Uterusnaht stillte die Schnittblutung, die Atonie stand erst nach einiger Zeit unter Anwendung von Ergotin und Massage. Gesammtblutverlust mindestens 1000 g. Der weitere Verlauf typisch.

Hervorzuheben ist nur die große Breite des Fundus, so dass die Resektionswunde der Tube rechts 2 Finger von der Caesareawunde entfernt war. Die Halban'sche Operation erwies sich, wie in den früheren Fällen, als eine schätzenswerthe Vereinfachung des Sterilisationsverfahrens. Die Mutter und das Kind befinden sich heute — am 15. Tage nach der Operation — wohl.

Ich habe in der Sitzung vom 19. April 1898 2 Uteri mit querem Fundalschnitte demonstrirt und an einem derselben zahlreiche dicke, quer durchschnittene Gefäße zeigen können. Ich habe damals ausdrücklich betont, dass also die Blutungsgefahr für manche Fälle von Fundalschnitt sicher nicht geringer sein werde, als beim vorderen Längsschnitte. Seit Hofrath G. Braun den 1. Fundalschnitt aus der III. geburtshilflichen Klinik berichtete, hatte ich Gelegenheit, persönlich 12 Kaiserschnitte auszuführen. Dabei habe ich 5mal den vorderen Längsschnitt, 1mal (bei einem Myom) einen Schrägschnitt und 6mal den Fundalschnitt nach Fritsch gemacht.

Von diesen 6 Fundalschnitten betrafen 2 Porro-Operationen, 3 Fälle konservative Kaiserschnitte und 1 Fall konservativ mit Tubenresektion nach Halban.

Unter diesen Fällen hatte ich 2mal schwere Schnittblutungen. Ich glaube also, dass meine seiner Zeit hier geäußerte Ansicht Betreffs der Blutung bei dieser Schnittführung aufrecht erhalten werden kann.

Weiter habe ich damals gesagt, dass ich bei Querlagen den alten Schnitt Behufs leichteren Erfassens der kindlichen Füße für besser halte. Auch diese Ansicht hat sich bei mir durch den letzten Fall gekräftigt; ich musste die Frucht ziemlich mühsam am Kopfe extrahiren, weil es viel schwerer gewesen wäre, zu den Füßen zu gelangen.

Sonach stehe ich in der Reihe Derjenigen, welche nicht zu den unbedingten Anhängern des queren Fundalschnittes gehören: Blutung kann eben so eintreten wie beim alten vorderen Längsschnitte und die Extraktion der Frucht kann unter Umständen (Querlagen) beim Längsschnitte sogar leichter sein. Nur diese beiden Punkte wollte ich im Hinblicke auf meine seinerzeitige Demonstration betonen.

Diskussion: R. v. Braun-Fernwald erbittet sich das Wort, da er in der Frage des queren Fundalschnittes gelegentlich der Diskussion über den Vortrag Knauer's, der in dieser Gesellschaft im Jahre 1898 stattgefunden hat (Centralblatt für Gynäkologie 1898 No. 3) engagirt ist. Vortr. hat damals die Ansicht ausgesprochen, dass beim Längsschnitte dadurch, dass derselbe mit dem Abdominalschnitte der Bauchwunde koincidirt, beim Eintritte von Eiterung in gewissen Fällen eine Entleerung des Eiters durch die Bauchwunde ermögliche; ferner dass bei dem queren Fundalschnitte im Falle einer Vereiterung der Uteruswunde leicht eine allgemeine Peritonitis entsteht. Riedinger hat später dieselbe Ansicht ausgesprochen im Centralblatte für Gynäkologie (1898 No. 29). In letzterer Zeit wurden Publikationen über den queren Fundalschnitt veröffentlicht, so von Hübl gegen denselben und von Hahn für denselben. Letzterer hat 11 Fälle von konservativem Kaiserschnitte mit querem Fundalschnitte veröffentlicht, die er zu Gunsten dieser Methode verwerthet, doch sprechen dieselben nicht alle für die Anwendung des queren Fundalschnittes, besonders 2 Fälle nicht, und zwar Fall IX und VII. Im Falle IX hat es sich um eine Sectio caesarea conservativa gehandelt bei einer Frau, die längere Zeit kreißte und wiederholt untersucht worden war. Hier wurde der quere Fundalschnitt ausgeführt, der Uterus konservativ behandelt und die Frau ging, nachdem die Temperatur beträchtlich angestiegen war, am 7.—8. Tage nach der Operation zu Grunde. Im Sektionsprotokolle fand sich Folgendes vermerkt: »Über den Fundus uteri legt sich eine geblähte Dünndarmschlinge,

welche mit der ganzen oberen Kante des Fundus fest verklebt ist. Beim Ablösen quillt aus mehreren, meist den Nähten entsprechenden, bis bohnengroßen, abgesackten Hohlräumen, welche zwischen Uterusserosa und der erwähnten Dünndarmschlinge gelegen sind, zäher, gelber Eiter hervor. Die tiefgreifenden Nähte, sämmtlich aus Hanf, zeigen Vereiterung des Stichkanales bis ins Uteruslumen; das Uterusinnere ist im Ganzen schmutziggelb verfärbt; auf dem Durchschnitte zeigen sich die zahlreichen frisch thrombosirten Venen«. Es handelte sich also um Nahteiterung und dadurch erfolgten Tod. Dieser Fall scheint also nicht sehr für den queren Fundalschnitt zu sprechen.

In diesem Falle war die konservative Sectio caesarea überhaupt höchst riskirt. Es hat sich hier eine Dünndarmschlinge angelöthet und so einen wenigstens temporären Wall gegen das Vordringen der Infektion abgegeben. Es ist doch einleuchtend, dass es in diesem Falle unvergleichlich besser gewesen wäre, wenn der Schnitt vorn gesessen hätte, da eine Adhäsion mit der vorderen Bauchwand und ein eventueller Durchbruch des Eiters durch die Bauchwunde hätte eintreten können.

Im Falle VII handelte es sich um Excision der Tuben; es muss hervorgehoben werden, dass der Stumpf nicht mit Peritoneum übernäht, sondern paquelinisirt wurde. Diese Frau überstand eine Lungenaffektion und wurde dann geheilt entlassen. Nach einigen Wochen wurde sie in die Klinik Mikulicz wegen Ileus aufgenommen, der durch Adhäsionen am Fundus uteri entstanden war, die dort auftraten, wo die Tube exstirpirt und die Stelle paquelinisirt worden war. Hahn glaubt, dass in diesem Falle nicht der quere Fundalschnitt beschuldigt werden kann, da die Adhäsionen nicht an der Nahtstelle, sondern daneben entstanden waren; und er hat für diesen Fall Recht. Doch ist die Hypothese nicht richtig, wenn er behauptet, dass Adhäsionen des Darmes nur durch eitrige Stellen bedingt sein können; denn z. B. bei Nachblutungen können sich auch solche Adhäsionen bilden. Vortr. hat einen markanten Fall erlebt, in dem es sich um eine incarcerirte Bauchhernie nach einer Laparotomie gehandelt hat und desshalb die Laparotomie gemacht wurde; es wurde ein großer Theil des Netzes, der incarcerirt und innig mit dem Bruchsacke verwachsen war, resecirt; das Netz war in Partien und durch Sekundärligaturen unterbunden worden. Nach einigen Tagen musste wegen Ileus das Abdomen wieder geöffnet werden und da zeigte sich, dass eine Blutung aus dem Netze stattgefunden hatte und 2 Dünndarmschlingen durch Blutcoagula parallel verbunden waren und so der Darm geknickt war; dies beweist, dass, wenn beim queren Fundalschnitte Nachblutungen aus den Stichkanälen auftreten, hierdurch Adhäsionen entstehen können, und dadurch kann unter Umständen Ileus bedingt werden. Vortr. glaubt, dass auch dieser Fall nicht für den queren Fundalschnitt spricht.

Die Blutung kann sowohl beim queren Fundalschnitte, als auch beim vorderen Sagittalschnitte bald stärker, bald geringer sein. Hahn beruft sich ferner auf Urtheile von Schroeder, Bidder und Gusserow, denen zufolge die Placenta selten im Fundus sitzt. Redners Erfahrungen stimmen damit nicht überein. Bei 11 Fällen von querem Fundalschnitte wurde in 6 Fällen, d. i. in 54,5%, beim vorderen Sagittalschnitte unter 63 Fällen 28mal, d. i. in 46%, die Placenta getroffen. Die Blutung ist beim Treffen der Placenta durch den Schnitt nicht wesentlich größer, wenn rasch operirt wird, auch blutet der genähte Uterus in diesem Falle nicht mehr, als wenn die Placenta nicht getroffen wird. Auf die Asphyxie und die weitere Entwicklung der Frucht hat das Treffen der Placenta auch keinen Einfluss. Die Schnittführung ist recht nebensächlich. Es handelt sich immer nur darum, ob die Asepsis eine gute ist; ist dies der Fall, so geben beide Schnittrichtungen gute Resultate.

Hahn hält ferner das Herauswälzen des Uterus nicht für günstig. Redner wälzt den Uterus immer heraus und hat damit stets gute Erfolge erzielt; es kommt dabei nichts ins peritoneale Cavum hinein, da man dasselbe gut schützen kann.

Unter 34 Fällen von konservativem Kaiserschnitte trat nur 1mal Infektion ein. Als naheliegender Grund für diese Infektion ist der Umstand aufzufassen, dass zu

dieser Zeit wegen der Symphyseotomieuntersuchungen sehr viel am Kadaver gearbeitet wurde. Dass durch das Herauswälzen des Uterus Infektion bedingt sein könnte, glaubt Vortr. nicht, da man die Bauchdecken genügend desinficiren könne.

Was die Sterilisirung anlangt, so ist Vortr. der Ansicht, dass ein Uterus, der nicht mehr gebären soll, für die Frau auch nicht nothwendig sei. Er selbst bevorzuge in solchen Fällen die Amputation mit retroperitonealer Stielversorgung nach Chrobak. Eventuell können die Ovarien zurückgelassen werden. Entschließt man sich aber zur Sterilisirung und konservativen Vernähung des Uterus, so kann man nach der Methode von Halban vorgehen, indem man die Tubeninsertion excidirt oder nach dem seinerzeitigen Vorschlage des Vortr., indem man die Tuben abbindet, durchschneidet, unter den Peritonealschlitz so stülpt, dass die Tubenabschnitte parallel vernäht werden können und darüber noch Peritoneum vernäht. Die Tubenexcision hat denselben Erfolg, wie die Einstülpung und Vernähung. Etwas Anderes ist es, ob man dann, wenn man die Sterilisirung beabsichtigt, im queren Fundalschnitte einen Vortheil findet. Es ist das ganz gleichgültig, ob man den Uterus sagittal eröffnet und die Tubeninsertion excidirt oder ob man ihn quer eröffnet; in letzterem Falle braucht man den Schnitt durchaus nicht bis zur Tubeninsertion zu verlängern.

Auf einen Punkt müsse man aufmerksam machen, den man bei der Sterilisirung nicht übersehen darf und der, nach der Publikation von Hahn zu schließen, schon in der Klinik Küstner's ins Auge gefasst wurde. Es sind nämlich die werthvollen experimentellen Untersuchungen Fränkel's am Kaninchen zu erwähnen, die im Archiv für Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 2 publicirt wurden und denen zufolge die Tubenenden nach der Excision eines Tubenstückes wieder zusammenwachsen können, und dass das Auftreten einer Hydrosalpinx zu fürchten sei; Fränkel verlangt dem zufolge die Excision der ganzen Tube.

Vortr. hat im vergangenen Sommer einen Fall untersucht, in dem in der Klinik die Excision der Tubeninsertion gemacht und die Unterbindung des peripheren Endes vorgenommen wurde. Pat. kam einige Monate nach der Operation in die Klinik wegen Schmerzen und es zeigte sich auf beiden Seiten das Vorhandensein einer Hydrosalpinx. Man wird daher, wie B. glaubt, die Arbeit Fränkel's in Zukunft nicht ignoriren dürfen und die ganze Tube exstirpiren müssen.

Schwangerschaft.

2) **Drullmann.** Beiträge zur Frage der Urinsekretion des Fötus.

Inaug.-Diss., Marburg, 1899.

Verf. hat die Versuche Schaller's in der Fehling'schen Klinik, die Frage der Urinsekretion beim Fötus durch Verabreichung von Phloridzin an die Mutter zu lösen, an 10 Schwangeren nachgeprüft und ist zu demselben Resultate gekommen, dass nämlich eine regelmäßige Urinsekretion des Fötus in das Fruchtwasser hinein selbst in der allerletzten Zeit der Schwangerschaft vollständig ausgeschlossen ist. Bei der überwiegenden Mehrzahl kommt es auch während der Geburt zu keiner Entleerung der Blase in das Fruchtwasser. Eines der Kinder starb 48 Stunden post partum. Die Sektion ergab Transposition der Aorta und Pulmonalis als Todesursache. Eine verbreitete fettige Entartung der Muskeln, der Leber und Nierenrinde ließ an Phloridzinvergiftung denken. Von weiteren Versuchen wurde daher Abstand genommen. **Stoeckel** (Bonn).

3) **B. Young.** Hartnäckige Hämaturie während der Schwangerschaft.

(Med. news 1899. Mai 13.)

Eine anscheinend kräftige und gesunde Frau hatte seit dem 6. Monate der Schwangerschaft Blut im Harn bei starkem Eiweißgehalte und einigem Hautödem, ohne dass die innerlich gegebene Gallensäure mit Eisen Besserung erzielte. Im

Gegentheile traten sogar eklamptische Anfälle bei fast völliger Anurie auf, welche allerdings nach scharfem Abführen und Morphium sich verloren, ohne dass aber die Blutungen aufhörten; die Anämie nahm mit dem Eiweiß- und Blutgehalte des Harns zu und fing an, bedrohlich zu werden. Es wurde nun Ergotin gegeben, Anfangs in größeren, dann nach eingetretener Besserung in kleineren Dosen; da aber dann wieder mehr Blut auftrat, wurden die Dosen wieder gesteigert. Hierauf starb der Fötus ab und wurde ohne Schwierigkeiten geboren, wonach Besserung und volle Genesung eintrat. Wie weit die erheblichen Dosen von Ergotin Veranlassung zum Absterben der Frucht und damit vielleicht zur Rettung der Kranken beigetragen haben mögen, ist freilich nicht mit Sicherheit zu entscheiden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

4) **K. Blacher** (Reval). Noch ein Beitrag zum Bau der menschlichen Eihüllen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 2.)

Verf. untersuchte mit Hämatoxylin gefärbte Schnitte von Placentastückchen, welche mit Gummilösung durchtränkt und mit Spiritus nachgehärtet waren. Er schildert die verschiedenen epi- und endothelartigen Gewebe der reifen Placenta, in denen sich der Blutkreislauf bewegt, das kavernöse Endothelgewebe (Mantelgewebe, Chorionepithel, Syncytium). Während die Zwischenzottenräume als Venen fungiren, stellen die verschiedenartigen Anhäufungen syncytialen Gewebes zwischen Zottengewebe und Decidua serotina das arterielle Gefäßsystem dar. Dieses Gewebe findet Verf. überall von kapillären Arterien durchsetzt und kanalisirt. Der Nitabuch'sche Fibrinstreifen mit seinen Ausläufern, die direkt in den Zottenmantel übergehen, die bindegewebigen Schlussplatten (Winkler's) am Chorion zwischen den großen Zottenstämmen stellen nur umgewandeltes Endothelgewebe dar. Die Fibrinmasse an der kompakten Decidua, die auch mit den Decidualgefäßen in direkter Verbindung steht, kann ein streifiges Aussehen haben; in ihr findet man mit Endothel ausgekleidete Räume, vielkernige Zellen und zerstreut liegende schwach gefärbte Kerne. Ähnliche Bilder sieht man in den Schlussplatten. An vielen Stellen ist auch der Übergang des Syncytiums in Endothel und endothelartige Kernbänder direkt zu verfolgen. Kurz und gut, die Placenta besteht nach Verf. aus dem in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraume hyperplastisch entwickelten und zu einem Arterien- und Venensysteme organisirten Kapillarnetz der Uterusschleimhaut, in dessen Scheidenwänden außer den arteriellen Kapillaren auch die Chorionzotten sich entsprechend entwickelt haben. Die Mannigfaltigkeit der Bilder entsteht durch die Ungleichmäßigkeit der Organisation, da in der reifen Placenta alle Entwicklungsstufen des Endothels bis zum faserigen Bindegewebe vertreten sind. Als Nichtfachmann lässt sich Verf. auf weitere Besprechung der umfangreichen Litteratur nicht ein, konstatirt aber die Übereinstimmung seiner Bilder mit denen der Autoren, welche von ihm nur eine andere einfachere Erklärung erhalten. **Courant** (Breslau).

5) **W. Willig.** Über den Einfluss der Schwangerschaft auf Ovarialtumoren.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

Die Schwangerschaft wirkt wachsthumhemmend auf die Ovarialtumoren; sie begünstigt eben so wie das Wochenbett die Stieldrehung. Die Operation erfolge frühzeitig. 2 Fälle von Ovariotomie im Spätwochenbette.

Engelmann jun. (Bonn).

6) **Blazejczyk.** Ein Fall von Gravidität bei doppelseitiger Zerstörung der Ovarien durch Kystome.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

Es handelte sich um doppelseitige Dermoidcysten der Ovarien, deren eine Stieltorsion mit einem Bluterguss in das Cysteninnere hinein aufwies und ins

kleine Becken eingekeilt war. Graviditas. Mens. II. Laparotomie: Exstirpation beider Tumoren, 2 Tage später spontan verlaufender Abort. In der größeren der beiden Cysten, die nach der Anamnese mindestens schon 2 Jahre bestanden haben musste, fand sich ein cystisch entartetes Corpus luteum und ein kleiner Rest von Eierstocksgewebe mit Primordialfollikeln. Die Pat. hatte vorher einmal ein ausgetragenes Kind geboren und einmal abortirt. Sie wurde geheilt entlassen.

Stoeckel (Bonn).

7) **F. Cohn.** Untersuchungen über die Durchgängigkeit des Cervicalkanales bei Erstgebärenden am Ende der Schwangerschaft.

Inaug.-Diss., Erlangen, 1898.

Ausführliche Litteraturübersicht. 44 Fälle. In den meisten Fällen ist auch bei Erstgebärenden am Ende der Schwangerschaft der Cervicalkanal mit dem inneren Muttermunde durchgängig; zuweilen schon 4 Wochen ante partum. Die Eröffnung erfolgt oft außerordentlich schnell. **Engelmann jun.** (Bonn).

8) **A. Pinard.** Appendicitis und Schwangerschaft.

(Ann. de gynécol. 1898. Mai; 1899. März.)

Die Erfahrungen in den letzten Jahren haben gezeigt, dass die Appendicitis zu jeder Zeit der Schwangerschaft auftreten und eine sehr ernste Komplikation darstellen kann, die stets als solche, unbekümmert um die Schwangerschaft, sofort behandelt werden muss, ohne dass man vorher mit Einleitung des Abortes oder der künstlichen Frühgeburt Zeit verliert; und zwar muss diese Behandlung in einem möglichst schleunigen chirurgischen Vorgehen bestehen wegen der großen Infektionsgefahr des dem schwangeren Uterus so nahe liegenden Infektionsherdes. In den meisten Fällen wird die Schwangerschaft, falls die Appendicitis keine sehr schweren Erscheinungen direkt hervorruft, nicht unterbrochen, sondern nimmt ungestört ihren Fortgang.

P. hält es für sehr wichtig, dass der Arzt vor Allem vertraut ist mit der frühesten Erkenntnis dieser so tückischen und verhängnisvollen Erkrankung. Er hält die Diagnose der Appendicitis für durchaus nicht schwierig; unter den verschiedenen Symptomen, welche er anführt, wie Indigestion, Erbrechen, Schmerzen, Durchfälle mit nachfolgender hartnäckiger Verstopfung, leichte Temperaturerhöhungen, hält er eine besondere Kontraktilität der Muskeln an der rechten Seite für das konstanteste. Am Schlusse betont Verf. noch einmal ganz besonders die Nothwendigkeit eines operativen Eingriffes bei jeder diagnosticirten Appendicitis. **Odenthal** (Hannover).

9) **Herse.** Über die Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Herzfehler.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1899.

Es werden 22 Fälle aus der Hofmeier'schen Klinik veröffentlicht: 14 Schwangerschaften bei kompensirtem Herzfehler normal, 13 spontane Geburten, 1 Forceps, 13 normale Wochenbetten, 1 Wöchnerin bekam eine Bronchopneumonie; die Fälle mit nicht kompensirtem Herzfehler überstanden die Geburt alle, dieselbe trat aber bis auf einen Fall frühzeitig ein. 2 Kinder wurden todt geboren, eins starb bald nach der Entlassung. **Stoeckel** (Bonn).

10) **Grauert.** Über Retroflexio uteri gravidi cum incarceratione mit besonderer Berücksichtigung von zwei in der Greifswalder Universitäts-Frauenklinik behandelten Fällen.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

In den beiden Fällen wurde die Diagnose irrthümlich auf Tubargravidität bei anteflektirtem Uterus gestellt. Die Täuschung wurde dadurch verursacht, dass nach Ablassen des Urins (3240 resp. 4000 ccm) die stark hypertrophirte und kontrahirte Blase der Portio fest auflag und den Uteruskörper vortäuschte, während

der das kleine Becken ausfüllende gravide Uterus für den tubaren Fruchtsack gehalten wurde. Im 2. Falle wurde sondirt und scheinbar eine normale Länge der Gebärmutterhöhle festgestellt, während die Sonde thatsächlich nur die Länge des Cervicalkanales der hypertrophirten Cervix angab. In beiden Fällen Laparotomie; Aufrichtung des Uterus. Beide Fälle endeten mit Abort, der eine allerdings erst, nachdem Pat. bereits entlassen war, 5 Wochen nach der Operation.

Stoeckel (Bonn).

11) **Wegener.** Über Cysten an der menschlichen Nachgeburt.

Inaug.-Diss., Erlangen, 1899.

W. beschreibt eine randständige Cyste der fötalen Placentafläche von 6 cm Länge, 4 cm Breite und 3 cm Höhe; durch die mikroskopische Untersuchung erwies sich dieselbe als bereits organisirter, subamniotischer Bluterguss. Hieran schließt sich eine recht sorgsame Litteraturzusammenstellung über Cysten der Placenta, die meistens keine klinische Bedeutung haben. Im vorliegenden Falle wird als Entstehungsursache Spannung bei Verlängerung der Nabelschnur während der Wehe unternommen. **Stoeckel** (Bonn).

12) **Sodan.** Über Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorne.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1898.

S. berichtet über einen von Winter mit Erfolg operirten Fall von Schwangerschaft im linken, rudimentären Horne. Die Schwangerschaft war vor 2 Jahren eingetreten und im 4. Monate durch Ruptur des Uterushornes und der Eihüllen unterbrochen. Der Fötus trat in die Bauchhöhle aus, befand sich in vorgeschrittener Lithopädionbildung und zeigte Verwachsungen mit dem Netze. Die Diagnose wurde auf Adnextumor gestellt. Laparotomie; Heilung. 54 weitere Fälle aus der Litteratur finden sich zusammengestellt. Das durch Operation gewonnene Präparat des rudimentären Hornes mitsammt dem Fötus und den linken Adnexen ist auf einer beigegebenen Tafel sehr gut wiedergegeben. **Stoeckel** (Bonn).

13) **Bonnet** (Greifswald). Über Embryotrophe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 45.)

B. bezeichnet als Embryotrophe das dem Embryo seitens der Mutter gebotene, in chemischer und morphologischer Hinsicht sehr verschiedene Nährmaterial. Er skizzirt kurz die Beschaffenheit desselben bei den aplacentalen und placentalen Säugethieren. Aus diesem Überblick ergiebt sich, dass die Keim- und Fruchtblasen mit den ihnen in der Uterushöhle gelieferten Stoffen: Plasma, Uterinmilch, Leukocyten, Fett und den Derivaten eines in der im Original angeführten Reihenfolge der Typen sich steigernden mütterlichen Blutextravasates sich nicht mehr begnügen, sondern in immer intimere Beziehungen zur Mutter treten. Die bei den Urdeciduaten nur ganz nebensächlichen Blutungen neben der Uterinmilch oder der leukocytenhaltigen Lymphe führen schließlich beim Igel, den Fledermäusen und den Menschen zu Verhältnissen, bei welchen das metrane Blut direkt vom Ektoderm als Ursprung aufgenommen wird. **Graefe** (Halle a/S.).

14) **W. Bail.** Über Nabelschnurvorfall.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1899.

33 Fälle: 26 Pluriparae, 4 Primiparae. 12mal todte Kinder. Die Reposition gelingt nur 1mal. 19mal Wendung, 4mal Zange, 2mal Perforation, 1mal Extraktion, 3mal spontaner Verlauf. **Engelmann jun.** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. Sonnabend, den 14. April. 1900.

I. Erwiderung gegen die Aufsätze von Karl A. Herzfeld und Richard v. Braun-Fernwald.

Von

P. Zweifel.

Die Leser des Centralblattes haben in der letzten Zeit sehr viel Belehrung über die Dekapitation erhalten, was mir gestattet, die Erwiderung um so kürzer zu halten. Doch mögen mir die Leser für einige Sätze ihre Aufmerksamkeit schenken:

1) Herzfeld will an der Stelle (Centralblatt für Gynäkologie 1900 p. 290) den Eindruck machen, dass bei der Erörterung gar nicht aus einander gehalten wurde, was der ursprüngliche und was der abgeänderte Braun'sche Schlüsselhaken sei. Das trifft durchaus nicht zu, denn wo wir vom Braun'schen Schlüsselhaken sprechen, ist nur derjenige mit der ursprünglichen Krümmung gemeint.

Was die Entfernung des Hakenknopfes vom Stiele im Lichten bei diesem letzteren betrifft, die ich auf 2 cm angab, so hatten die Instrumente, welche ich sowohl in Leipzig, als in Erlangen vorfand, als auch dasjenige, welches ich in Straßburg kaufte, dieses Maß.

2) Von dem Hauptgegenstande der Diskussion, nämlich, mit welcher Hand die Deckung der mütterlichen Weichtheile vorgenommen werden müsse, kann man das geflügelte Wort gegen die Herren Herzfeld und R. v. Braun in Anwendung bringen:

»sie reiten auf einem Principe herum«. Die beiden Herren verlangen als besonders wichtig zum Verhüten einer Mitdrehung des Kopfes, dass für die 1. Schulterlage (Kopf links) die rechte und für die 2. (Sc. D. A.) die linke Hand genommen werden müsse.

Es ist ganz unbegreiflich, dass Herzfeld mit Lagen und Operationen am Phantom (!) diese Streitfrage erledigen will, weil nirgends so sehr als bei den Querlagen die Verhältnisse an der Lebenden grundverschieden sind von jeglicher Schablone. Ich habe schon lange auf die Ausführung dieser Vorschrift an Lebenden geachtet und gerade 2 Tage vor dem Erscheinen des Braun'schen Aufsatzes — am 20. März a. c. — eine Gelegenheit gehabt, zu erleben, dass diese Vorschriften graue Theorie sind.

Es kam eine Frau in die hiesige Klinik, bei welcher ein Arzt auf dem Lande die Wendung ohne Erfolg versucht hatte und sie danach zu uns brachte. Seit dem Versuche der Wendung bis zur Ausführung der Dekapitation waren 4—6 Stunden vergangen. Das Kind war todt, sehr groß, lag mit dem Kopfe nach links vorn, der rechte Arm war vorgefallen, die Frau eine Mehrgebärende mit normalem Becken, Tetanus uteri vorhanden.

In der beschriebenen Lage musste die Dekapitation vorgenommen werden. Doch war es zunächst trotz tiefer Narkose weder mit der rechten, noch mit der linken Hand möglich, an den Hals zu kommen. Erst nach langem Bemühen und starkem Ziehen am Arme gelang es schließlich, den Hals zu erreichen, doch nur mit der linken Hand, also gerade mit der den Braun'schen Vorschriften entgegengesetzten. Solche Vorschriften riechen sehr nach dem Phantom und sind verhältnismäßig oft unausführbar. Dann ist es recht unpraktisch, eine Vorschrift als so stringent aufzustellen, die oft unausführbar ist und ohne welche es doch gehen muss. Die Frau ist ohne Verletzungen geblieben und fieberfrei genesen.

3) Das Durchdringen der Hakenenden des Trachelorhekters durch die kindliche Haut geschieht sehr leicht, weil diese Hakenenden keine Knöpfe mehr haben und hat es gewiss für keinen Arzt eine Schwierigkeit, das Durchdringen zu bemerken. (Vgl. die Abbildung im Aufsatze von Füth, Centralblatt für Gynäkologie 1900 p. 13.)

4) Ich bleibe dabei, dass bei dem Aufdrehen des Trachelorhekters, weil die 2 Hakenenden unter der Haut des Kindes in natürlicher Deckung liegen, jede Möglichkeit einer Verletzung mütterlicher Weichtheile ausgeschlossen ist. Auch hier reiten Herzfeld und v. Braun auf einem Principe herum und sprechen über ein Instrument aus Voreingenommenheit ab, ohne es versucht zu haben. Wer es prüft, wird auch bestätigt finden, was gerade im letzten eigenen Falle zutraf, dass die Wirbelsäule selbst eines großen Kindes beim Aufdrehen der Handhaben unter einem leisen Knacken mit auffallender Leichtigkeit

gebrochen wird. Von da an arbeiten die 2 Zwillingshaken wieder vereinigt und die Durchtrennung und das Ausziehen der Weichtheile soll immer nur unter Deckung einer Hand ausgeführt werden. Das Durchtrennen der Weichtheile ist jetzt schwerer, als das der Wirbelsäule, während es früher bei großen Kindern umgekehrt war. Gerade beim Durchtrennen der kindlichen Wirbelsäule habe ich mit dem ursprünglichen Braun'schen Haken bei großen Kindern mehrmals außerordentliche Schwierigkeiten gehabt, so dass die Frage, ob es möglich wäre, die Durchtrennung der Halswirbelsäule leichter zu gestalten, sehr angebracht erschien.

5) Der Satz von Richard v. Braun (Centralblatt für Gynäkologie 1900 p. 322), dass die Leipziger Schule, bezw. der Lehrer, für einen Fehler eines Assistenten mit schuldig sei, trägt einen überaus hässlichen Ton in die Diskussion hinein, der bei allen billig denkenden Sachverständigen nur allein dem Urheber dieses Vorwurfes schaden kann. Wenn ein Assistent eingesteht, einen Fehler begangen zu haben, so liegt es doch in diesem Bekenntnisse, dass es ihm anders gelehrt wurde. Das weiß auch Richard v. Braun, dass die Deckung gelehrt wird, da er ja die Aufsätze von Füth und meine eigenen genau gelesen hat und die Vorschrift einer Deckung für den ursprünglichen Braun'schen Haken, wie für den abgeänderten, mit 2 Krümmungen versehenen, wie auch beim Trachelorhekter für die Durchtrennung der Weichtheile immer und überall betont fand und kritisirte.

Keine Schulen, keine Lehrer sind verantwortlich zu machen für ihre Schüler, wenn diesen das Richtige gelehrt, aber von ihnen in der Aufregung das Falsche gethan wurde, weder in Leipzig, noch anders wo.

Wie hässlich ist es jedoch, gegen besseres Wissen einem Unbetheiligten eine Schuld aufbürden zu wollen.

Übrigens ist hier die Frage erlaubt, ob alle Zöglinge der Wiener Schule durch den Unterricht so »unfehlbar« geworden sind, dass Sünden contra leges artis dort nicht vorkommen?

6) Zwischen unserer Behauptung, dass beim Aufdrehen der Handhaben des Trachelorhekters, wenn die Haken über der Wirbelsäule reiten, auch ohne deckende Hand eine Verletzung von mütterlichen Weichtheilen ausgeschlossen, und dem Verlangen, dass beim Aufdrehen desselben Instrumentes zum Durchreißen der Weichtheile eine Deckung unbedingt nöthig sei, besteht kein Widerspruch, wie dies R. v. Braun konstruiren will (Centralblatt für Gynäkologie 1900 p. 325). Das Urtheil fällt nur über ihn ungünstig aus, wenn er beim Niederschreiben seines langen Aufsatzes den großen Unterschied nicht einsah, den es ausmacht, ob die Hakenenden sich unter der Haut des kindlichen Halses in natürlicher Deckung befinden oder über die Weichtheile des Halses hinwegreichen und beim Aufdrehen die mütterlichen Weichtheile berühren können.

7) Gegenüber dem Hinweise auf die große Zahl von Dekapitationen in der hiesigen Klinik kann ich einfach feststellen, dass bisher noch nie anders als bei abgestorbenem Kinde und überdehnter Cervix operirt wurde und die Häufigkeit sich erklärt, weil ein Theil der Fälle aus der Ferne in die Klinik eingeliefert wird. Selbst wenn, wie dies Füth ausdrückte (Centralblatt für Gynäkologie 1900 p. 18) die Dekapitation bei nicht sehr ausgesprochener Überdehnung der Cervix, aber bei sicher festgestelltem Tode des Kindes einer schweren Wendung vorgezogen würde, ergebe dies noch keine Vielgeschäftigkeit, wie R. v. Braun mir vorwirft. Als sicheres Zeichen des Todes erkenne ich nur die Pulslosigkeit der vorgefallenen Nabelschnur und Macerationserscheinungen am vorgefallenen Arme an, nicht aber ohne Einschränkung das Fehlen der kindlichen Herztöne. Es kommt unter dieser Einschränkung, »dass der Tod des Kindes sicher feststeht«, gewiss nur sehr selten vor, dass nicht auch eine Überdehnung der Cervix dabei besteht und hat diese Fassung den praktischen Zweck, die Ärzte mehr auf die leichter zu beobachtende Indikation — todtes Kind — hinzuweisen, als auf die schwerer festzustellende Überdehnung der Cervix.

Bis zur Abfassung des Aufsatzes von Füth waren 16 Operationen gewesen, bis zur Einhändigung der Korrektur kam eine 17. hinzu, wobei Füth die 16 überall zu korrigiren übersah. Jetzt sind es 20 und trotzdem ist der Vorwurf Polypragmasie gegen uns ganz ungerecht; denn es waren alle Fälle streng indicirt und die große Zahl ist erklärlich, weil unter den 3 letzten ein einziger aus unserer Poliklinik stammt, die beiden anderen dagegen durch Ärzte vom Lande hereingebracht bezw. geschickt wurden. Es sind alle neuerdings operirten Frauen glatt genesen.

Nur nicht wieder ein Gespenst an die Wand malen, das die Leipziger Klinik als bußpflichtige Sünderin darstellen will!

Was eigentlich eine instrumentelle Polypragmasie sei, muss ich Herrn Richard v. Braun erst ins Deutsche zu übersetzen bitten. So ist es unverständlich vieldeutig.

8) Die Zahl 31 cm, welche Füth für die »Stiele« angab, ist natürlich ein Druckfehler und sollte 13 cm heißen.

Die Leser des Centralblattes sind jetzt vorzüglich vorbereitet, selbst zu prüfen, doch wenn sie dies, wie anzunehmen, zunächst am Phantom versuchen wollen, mache ich darauf aufmerksam, nur frische Kinderleichen zu nehmen, nicht Spirituskinder, da deren Haut gegerbt ist und dem Durchdringen der Haken einen viel größeren Widerstand entgegensetzt, als die der todten Kinder bei der Operation an der lebenden Frau. Ferner können sich die Herren Kollegen ein Urtheil bilden, ob es wahr, oder ob es Täuschung sei, dass die Wirbelsäule mit dem Trachelorhekter viel leichter gebrochen wird, als mit dem ursprünglichen Braun'schen Schlüsselhaken, wenn sie abwechselnd Kinder gleicher Größe mit dem einen oder mit dem anderen Instrumente durchtrennen. Auf die Größe

jedoch kommt es hauptsächlich an, weil davon der Widerstand der Halswirbelsäule abhängig ist.

(Aus Prof. L. Landau's Frauenklinik in Berlin.)

II. Ist das Vorhandensein der Adenomyome des Epoophoron erwiesen?

Von

Privatdocent Dr. **Ludwig Pick** in Berlin.

Nach der Theorie v. Recklinghausen's[1] stammen die Epithelien eines Theiles der Adenomyome der Uterus- und Tubenwandung von embryonal verlagerten Urnierenresten. Diese Anschauung habe ich acceptirt und auf Grund meiner Beobachtungen am Material der Landau'schen Klinik weiter auszubauen versucht[2].

Eins freilich war nicht zu verkennen. So wahrscheinlich auch die makroskopischen und histologischen Eigenschaften einer Reihe von Uterus- und Tubenadenomyomen die v. Recklinghausen'sche Hypothese machten, der Beweis für ihre Richtigkeit war wesentlich ein indirekter, ein Indicienbeweis. Weder die Inkorporation von Theilen des Wolff'schen Körpers in die Gebärmutter- oder Eileitersubstanz noch auch überhaupt die Fähigkeit zu charakteristischer Adenomyombildung war an zweifellosen Urnierenresten erwiesen. Wenn an solchen, also vor Allem am Epoophoron, die Entwicklung von Adenomyomen mit allen typischen und specifischen Eigenschaften der v. Recklinghausen'schen Tumoren gezeigt werden konnte, dann gab es keinen grundsätzlichen Angriffspunkt gegen die v. Recklinghausen'sche Lehre mehr.

War dieser Nachweis genuiner epoophoraler Adenomyombildung weder v. Recklinghausen selbst noch Anderen bisher mit Sicherheit gelungen, so konnte ich ihn in einem von L. Landau operirten Falle (abdominale Radikaloperation [6. Oktober 1899] bei 46jähriger Ipara mit multiplen Fibroiden des Uterus; Heilung) erbringen. In einem Aufsatze »Über Adenomyome des Epoophoron und Paroophoron«[3], für die ich in ihrer Gesammtheit den Namen der mesonephrischen (Mesonephros = Urniere) vorschlug, habe ich die in jenem Falle von mir gefundenen doppelseitigen Adenomyome des Epoophoron eingehend beschrieben, und L. Landau hat in seinen »Anatomischen und klini-

---

[1] Fr. v. Recklinghausen, Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus- und Tubenwandung etc. Berlin, Hirschwald, 1896.

[2] L. Pick, a. Ein neuer Typus des voluminösen paroophoralen Adenomyoms etc. Archiv für Gynäkologie Bd. LIV. Hft. 1. 1897. b. Die Adenomyome der Leistengegend und des hinteren Scheidengewölbes etc. Archiv für Gynäkologie Bd. LVII. Hft. 2. 1898.

[3] L. Pick, Über Adenomyome des Epoophoron und Paroophoron (mesonephrische Adenomyome). Virchow's Archiv Bd. CLVI. p. 507. 1899.

schen Beiträgen zur Lehre von den Myomen am weiblichen Sexualapparate«[4] p. 47 den rechtsseitigen der beiden Tumoren abgebildet.

Um die Hauptpunkte der Befunde hier zu skizziren, hebe ich aus meinem Protokolle (l. c. p. 510—516) hervor:

Beide Eileiter hart und verdickt, die Ovarien durch (follikuläre) Cysten vergrößert, nebst den Tuben mit pelviperitonitischen Verwachsungsresten an der Oberfläche besetzt.

Vom Hilus des rechten Eierstocks aus schiebt sich gegen die Tube in die Ala hinein (s. die Abbildung bei L. Landau l. c.) ein reichlich kirschengroßer (16 mm Durchmesser) kugliger, scharf begrenzter, wenn auch nicht enukleirbarer Körper. Von der Tube bleibt er durch einen 4 mm breiten Streifen des schwieligen Mesosalpingiums getrennt, gegen den Hilus ovarii ist er durch eine scharfe Furche abgesetzt: die Geschwulst nimmt also genau die Stelle des Epoophoron ein.

Auf dem Durchschnitt (s. die Abbildung) zeigt sie eine weißlich-faserige harte Rinde und eine weiche hellbräunliche schleimhautähnliche Kernmasse mit einem leicht klaffenden excentrisch gelegenen Lumen.

Links ist das Ovarium durch chronisch-entzündliche Schrumpfung ganz nahe an den Eileiter herangezogen. Hier finden sich am und im Eierstockshilus, gleichfalls dem Platze des Epoophoron und zwar seinem ovarialwärts gewendeten Abschnitte entsprechend (p. 519) genau die nämlichen Verhältnisse wie rechts, nur im Kleinen und mehr in Form einer diffusen Verdickung als einer begrenzten Geschwulst (p. 512, 518). In weißlich-faseriger Grundmasse klafft ein 2 : 1 mm breites Lumen, auch hier von einer bräunlichen mucosaähnlichen Haut austapezirt. Vom vorderen Ende des Lumens zieht ein kleiner braun-gelblicher Ausläufer der Schleimhaut in die Umgebung hinein.

Die mikroskop. Untersuchung — Betreffs der Einzelheiten verweise ich wiederum auf meinen oben citirten Aufsatz — ergab im Wesentlichen, dass es sich im linken Eierstockshilus um eine ganz typische Adenominsel sammt ihren Schenkeln handelte, d. h. eine mächtige makroskopische Hauptkanalampulle mit massigem cytogenen Bindegewebe am Boden, spärlichem am Dach, mit parallelen, kammförmig aus den Schenkeln eintretenden gestreckten engen Sammelröhren und weiteren gewundenen, mit Endkolben beginnenden Sekretionsröhren. Typisches cytogenes Bindegewebe schließt die parallelen, bogig verlaufenden Röhren in den Inselschenkeln zusammen; letztere ziehen wieder zu anderen kleinen Inseln[5]. Es besteht durchaus der gleiche Aufbau und Zusammenhang wie in den drüsigen Systemen der v. Recklinghausen'schen Adenomyome, und zwar geht diese Übereinstimmung bis in alle Details der Struktur (Flimmerepithel, Wechsel der Zellform in den einzelnen Schlauchabschnitten etc.) Hier wie dort findet sie ihr getreues Widerspiel und ihre Aufklärung in der Struktur der Kanälchen der Mesonephros und zwar nur in dieser.

In gleicher Weise ist die Kernmasse der rechtsseitigen Geschwulst eine »Insel«, aus Drüsenröhren und cytogener Grundmasse aufgebaut, freilich von enormer Entwicklung. Das makroskopische Lumen entspricht auch hier dem »Hauptkanal«, der in ganz typischer Weise[6] an den Inselrand verschoben ist.

Mit der drüsigen Wucherung verbindet sich rechts wie links Fibromyombildung. Links hat sich die fibromyomatöse Grundmasse regellos entwickelt, rechts zu einer mehr distinkten corticalen, in die Umgebung aber gleichfalls diffus ausstrahlenden Rindenzone differenzirt, in der auch noch »zerstreute« drüsige und cystische Formationen auftauchen.

Kurz, es handelt sich um 2 intraligamentäre Adenomyome an der physiologischen Stelle des Epoophoron, die, mit ihrer Umgebung

[4] L. Landau, Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den Myomen am weiblichen Sexualapparate. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1899.

[5] Vgl. die schemat. Darstellung dieses Aufbaues auf der Abbildung l. c. p. 514.

[6] v. Recklinghausen l. c. p. 98, 100.

diffus verbunden, an der Stelle entstanden sind, wo sie gefunden werden: um symmetrisch entwickelte Adenomyome des Epoophoron. In ihrem Aufbau stimmen sie einerseits mit den mesonephrischen Adenomyomen der Uterus- und Tubenwandung v. Recklinghausen's, andererseits in ihrem drüsigem Antheile mit den Kanälchen des Mesonephros selbst überein.

Somit ist hier die Entstehung von Adenomyomen mit der Erzeugung specifischer Urnierenformen, also von Tumoren, wie sie v. Recklinghausen von hypothetischen Mesonephrostheilchen in der Uterus- oder Tubenwand ableitet, aus reellen physiologischen Urnierenresten, den Schläuchen des Epoophoron, unmittelbar bewiesen und damit für die v. Recklinghausen'sche Theorie eine thatsächliche Unterlage geschaffen.

In einem kürzlich erschienenen Aufsatz »Salpingitis nodosa isthmica und Adenomyoma tubae[7] versucht Herr v. Franqué die von mir für zwingend gehaltene Deutung der beiden Geschwülste als Adenomyome des Epoophoron zu erschüttern.

Ein von Herrn v. Franqué untersuchter Fall von doppelseitigen knotigen Verdickungen in den isthmischen Tubenabschnitten bot makro- und mikroskopisch das typische Bild des »von Urnierenresten abstammenden Tubenwinkeladenomyoms« v. Recklinghausen's (p. 52), gleichseitig aber multiple Kommunikationen des drüsig-cystischen Kanalsystems mit dem Tubenlumen. Da die (auf entzündlicher, höchst wahrscheinlich tuberkulöser Basis entstandenen [p. 52]), Ausstülpungen des Eileiterlumens an der rechten Tube auch in das Mesosalpingium vordringen und zwar sowohl unter den beiden Peritonealblättern als auch in der Mitte längs der Gefäße, auch Anhäufungen von offenbar neugebildeter Muskulatur sich in ihrer Umgebung finden (p. 49), so erscheint es Herrn v. Franqué denkbar, dass die adenomatösen Gebilde, längs der Gefäße oder unter dem Peritoneum in das Mesosalpingium vorgedrungen, sich dort in dem lockeren, der Ausdehnung wenig Widerstand bietendem Gewebe besonders massig entwickeln bis sur Hervorbringung makroskopisch hervortretender Tumoren, wie in Pick's jüngstem Falle[8] (p. 51 u. 52).

Ferner (p. 56): Auch im Falle Pick's war der Eileiter hart, kleinfingerdick, die Mesosalpinx schwielig verdickt, die Schleimhaut eitrig infiltrirt. Eine genauere Schilderung der mikroskopischen Verhältnisse der Tube fehlt. Es bestand eine unmittelbare Verbindung der »Geschwulst«, die überhaupt diffus in die Umgebung überging mit der Tube, und es ist recht wohl denkbar, so sagt Herr v. Franqué, dass eine vollständige Untersuchung in Serienschnitten noch den Nachweis des Zusammenhanges mit etwaigen entzündlichen Wucherungen des Tubenepithels erbringen ließe. — Die endgültige Deutung dieses Falles lässt Herr v. Franqué dahingestellt; es kam Herrn v. Franqué nur darauf an, su zeigen, dass man ihn sehr wohl ähnlich wie seinen ersten (Verf.: oben erwähnten) Fall deuten kann, dass also die von Pick daraus gesogenen Schlussfolgerungen nicht zwingend sind (p. 56).

Die Einwendungen Herrn v. Franqué's bemängeln, wie man sieht, weniger meine Deduktionen als die nach v. Franqué's Ansicht von mir nicht vollständig ausgeführte mikroskopische Untersuchung

[7] v. Franqué, Salpingitis nodosa isthmica und Adenomyoma tubae. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLII. Hft. 1. p. 41 ff. 1900.

[8] Virchow's Archiv Bd. CLVI. 1899.

meines Materials oder mindestens die unzureichende Darstellung meiner histologischen Ergebnisse im Protokolle. Dieser rein sachliche Umstand ist es, der mich veranlasst, nochmals kurz auf den Fall zurückzukommen. Ich thue das an dieser Stelle in der Erwägung des verbreiteten Interesses, dessen sich zur Zeit die Lehre von den mesonephrischen, auch praktisch mehr und mehr als belangvoll erkannten[9] Adenomyomen des weiblichen Genitale erfreut.

Der springende Punkt in der citirten Argumentation Herrn v. Franqué's liegt darin, dass ich einen Zusammenhang der Drüsenbildungen an der Stelle des Epoophoron mit dem Tubenlumen nicht ausgeschlossen habe. Meiner Meinung nach ist das in ausreichender, ganz eindeutiger Weise in meinem Aufsatz geschehen. Der mikroskopischen Schilderung des am und im linken Eierstockshilus liegenden Adenomyoms habe ich (p. 515) zugefügt: »Das angrenzende schwielige, fibro-muskuläre Gewebe des Mesosalpingium, das auf besonderen Schnitten untersucht wird, ist frei von drüsigen Formen«. — Sodann auf p. 516: Im rechtsseitigen Adenomyom schwinden epitheliale Einsprengungen gegen die Peripherie des Tumors ganz. »Das übrige Mesosalpingium wird, wie auf der anderen Seite, auf weitere Epithelgebilde mit negativem Erfolge untersucht.« Endlich in der Epikrise (p. 519): »Neben ihnen (sc. den drüsigen Tumoren am Platze des Epoophoron) sind sonstige Epithelgebilde weder im einen noch im anderen Mesosalpingium nachzuweisen«. Also auch keine Verbindungen der adenomatösen Theile mit dem Tubenlumen, wie man, denke ich, unmittelbar daraus zu folgern gezwungen ist.

Die mikroskopische Untersuchung der dem Geschwulstsitz korrespondirenden Tubentheile ergab nichts, was meine makroskopische Schilderung (p. 551: rechter Eileiter: hart, geschlängelt, kugelig verschlossen, kleinfingerdick; Mucosa tubae geschwollen, eitrig infiltrirt; p. 512: linker Eileiter: verdickt, hart, die Schleimhaut eitrig durchsetzt) irgend wie hätte ergänzen können. (Beiderseits bevorzugt die eitrige Infiltration die Faltenspitzen, das Tubenepithel ist meist erhalten; im Stroma strotzende Kapillaren und rundzellige Herdchen; letztere auch im Myosalpingium verstreut — hätte ich allenfalls hinzufügen können.)

Dass irgend wo, wie Herr v. Franqué (p. 56) sagt, in meinem Falle »eine unmittelbare Verbindung der ‚Geschwulst' mit der Tube bestand«, habe ich nirgends geschrieben. Im Gegentheil! Der rechtsseitige Tumor war, wie ich ausdrücklich hervorhebe, durch einen ca. 4 mm breiten Streifen des schwieligen Mesosalpingium vom Eileiter getrennt, und jedenfalls ist das intraligamentäre Adenomyom rechts wie links, wenn auch diffus mit der Umgebung verbunden, von epithelfreiem Mesosalpingium umgeben (s. o.).

Ich selbst habe, wie gesagt, geglaubt, durch diese Angaben das Fehlen jeglicher epithelialen Verbindung der beiden an der Stelle

[9] W. A. Freund, Klinische Notizen zu den voluminösen Adenomyomen des Uterus. Bei v. Recklinghausen l. c. p. 220 ff.; L. Landau, l. c. p. 66 ff.

des Epoophoron entwickelten Adenomyome mit ihrer Umgebung, zumal mit der Tube genügend bewiesen zu haben. Sonst hätte ich mit einer detaillirten Angabe über die Befunde der »vollständigen Untersuchung« des hierhergehörigen Materials »in Serienschnitten«, die mein Protokoll begründen und von Herrn v. Franqué mit Recht postulirt werden (p. 56), nicht zurückgehalten.

Ich habe vom Mesosalpinxgewebe zwischen Adenomyom und Tube sowohl von der rechten wie linken Seite je eine vollständige Schnittreihe[10] angelegt, bei der auch nicht ein makroskopisches Bruchtheilchen eines Schnittes ausgefallen ist (rechts 154, links 121 Schnitte) und habe im Interstitium zwischen Tube und Geschwulst rechts wie links auch nicht eine Spur einer epithelialen Formation gefunden!

Zum Überflusse ist auch noch das dem kleinen linksseitigen Adenomyom und dem angrenzenden Mesosalpingium entsprechende Stück der linken Tube in einer absolut lückenlosen Serie (76 Schnitte) vorhanden. Nicht an einer einzigen Stelle trifft man einen Ausläufer oder überhaupt irgend eine epitheliale Bildung über die physiologische Schleimhautgrenze hinaus etwa auch nur im Myosalpingium! Da also all' und jede Verbindung der adenomatösen Wucherungen mit irgend welcher »schleimhäutigen« Matrix mit Sicherheit fehlt — auch in dem wenig voluminösen, noch sehr jungen Adenomyom am und im linken Eierstockshilus — und da ferner die diffuse Verschmelzung beider Tumoren mit ihrer Umgebung sie als autochthon entstanden (nicht etwa von einem anderwärts gelegenen Primärsitz, vom Uterus z. B. aus vorgeschoben!) zwingend erweist, so lassen diese Geschwülste Betreffs ihrer Herkunft eben nur die eine Deutung zu, die ich ihnen gegeben habe, nämlich die als Adenomyome des Epoophoron. Ganz abgesehen von der besonderen Morphologie der beiden Tumoren — ich verweise namentlich auf den von mir a. a. O. eingehend geschilderten eigenartigen Aufbau der linksseitigen Geschwulst — nöthigt allein ihr syntopisches Verhalten zu dieser Auffassung.

Beide beweisen, ich wiederhole es, die Fähigkeit, Adenomyome mit charakteristischen Urnierenformen zu bilden, an zweifellosen Urnierenresten.

Herr v. Franqué glaubt (p. 57), dass die Entstehung von Adenomyomen aus Theilen des Mesonephros im Sinne v. Recklinghausen's »außerordentlich schwer zwingend zu erweisen ist«. Gewiss! Man könnte ja auch z. B. im vorliegenden Falle etwa noch sagen: die beiden symmetrischen intraligamentären Adenomyome seien nicht Produkte des Epoophoron, sondern intraligamentär entwickelter, jederseits im Ovarialhilus liegender Nebentuben. Durch eine eigenthümliche Wucherung der Tubenmucosa wären die besonderen Systeme und Inseln

[10] Die Schnittserien sind neben sämmtlichen übrigen mikroskopischen Präparaten des Falles in der pathologisch-anatomischen Sammlung der Landau'schen Klinik aufbewahrt.

des linksseitigen kleineren Tumors entstanden und zu urnierenähnlichen Formationen ausgewachsen. Das Parovarium fehle, weil es rechts wie links durch die Geschwulstbildung (links durch einen bohnengroßen Tumor?!) zum Schwund gebracht worden sei.

Hätte die Kritik meiner Adenomyome des Epoophoron so oder so ähnlich gelautet, so hätte ich — wie ich offen bekenne — keine Veranlassung zu einer Berichtigung eines solchen Umdeutungsversuches genommen. Von Anderem ganz abgesehen wäre eine derartige Auffassung meines Erachtens kaum etwas Anderes als eine simple Petitio principii im Sinne der Schleimhauttheorie.

Es giebt eben nicht viel genetische Ableitungen in der Histologie, wo nicht dieser oder jener Einwand gegen eine auch noch so gut begründete Ableitung gemacht werden kann. Denn nur wenig Vorgänge des histologischen Werdens und Lebens lassen sich — wie beispielsweise die Randstellung der farblosen Blutkörperchen in den Venen und die Emigration der Leukocyten bei der Entzündung, oder die Karyokinese — direkt in allen ihren Phasen unter dem Mikroskope verfolgen. Vielmehr stellen unsere genetischen Schlüsse auf histologischem Gebiete in ihrer überwiegenden Mehrzahl nichts dar, als die naheliegendste und faktisch wahrscheinlichste Art der Deutung. »Zwingend«, wie die unmittelbare Beobachtung, sind sie in der That gewöhnlich nicht.

Aber das findet nicht bloß auf meine epoophoralen Adenomyome oder die Entwicklung der mesonephrischen Adenomyome im Allgemeinen Anwendung, sondern z. B. auch genau so auf Herrn v. Franqué's eigenen Fall. Herr v. Franqué glaubt durch seine Beobachtung die von L. Landau für möglich erachtete Entstehung der Tubenadenomyome durch postfötale Mucosawucherung »zur Sicherheit erhoben« zu haben (p. 57). Auch ich selbst halte diesen Entstehungsmodus bestimmter Tubenadenomyome[11] für wahrscheinlich; wie am Uterus, ist auch an der Tube eine dualistische Entstehung des Adenomyomepithels entweder vom Mesonephros oder der Mucosa her möglich[12].

---

[11] L. Pick, Die Adenomyome der Leistengegend und des hinteren Scheidengewölbes etc. Archiv für Gynäkologie Bd. LVII. Hft. 2. p. 471. 1898.

[12] Ich kann dagegen nicht anerkennen, dass die adenomatösen Bestandtheile der v. Franqué'schen Tumoren, wie sie sich auf den Abbildungen (Taf. III, Fig. 1—3) präsentiren, in charakteristisch ausgeprägter Weise die specifischen (mesonephrischen) Struktureigenthümlichkeiten der v. Recklinghausen'schen Adenomyome wiedergeben. Eindeutige und wirklich beweisende Urnierenformationen trifft man in letzteren wesentlich in massigen drüsigen »Inseln« und »Guirlanden«; also in ausgiebig entwickelten »geschlossenen Ordnungen«; überhaupt sind sie auch in den mesonephrischen Adenomyomen in reiner Form selten (vgl. L. Pick, l. c. 1898, p. 472). In den harten Adenomyomen der Tuben und den harten Tubenwinkeladenomyomen — zu diesen gehören die v. Franqué'schen Tumoren — aber erscheinen, wie dies schon v. Recklinghausen als Gesetz erkannte (l. c. p. 110) die Drüsenschläuche durchweg in zerstreuter (im Sinne der mesonephrischen Struktur wenig oder überhaupt nicht charakteristischer Ordnung), während die geschlossene Ordnung hier fast gänzlich fehlt.

Aber ist die Genese der Tubenadenome durch postfötale Schleimhautwucherung in Herrn v. Franqué's Falle wirklich zur absoluten unangreifbaren »Sicherheit« erhoben?

Schon frühere Autoren (v. Recklinghausen[13], Rob. Meyer[14]) haben Kommunikationen von drüsigen Schläuchen mit der Tubenlichtung im Tuben- oder Tubenwinkeladenom gekannt und trotzdem diese Neubildungen für mesonephrische gehalten; die »abnorme Kommunikation« von Urnierenkanälen mit dem Lumen des Müller'schen Ganges wird als »eine Art Missbildung« aufgefasst (v. Recklinghausen, l. c. p. 167). Auch weist v. Recklinghausen auf die Annäherung der Tubenwinkel- und Tubenadenomyome an die Mucosa tubae hin: die Schläuche der Neubildung können mit der Schleimhaut in direkte Berührung treten, sie durchdringen (l. c. p. 157); Adenocysten können in das Tubenlumen platzen, zu »Drüsengängen« kollabiren und diese eine Verbindung der adenomatösen Theile der Geschwulst mit der Tubenlichtung bewirken (l. c. p. 43, 167, 168).

Des weiteren ließe sich einwenden: Obschon Herr v. Franqé Gelegenheit hatte, sich 19 Monate vor der Excision der Tuben mitsammt ihren Geschwülsten bei einer an der gleichen Pat. ausgeführten

---

Wer in einem Adenomyom mesonephrische Formationen im Sinne v. Recklinghausen's feststellen will, möge sich an die ausgeprägten Bilder (etwa l. c. Taf. V. Fig. 4, Taf. VI. Fig. 1, Taf. VII, Fig. 1) halten; insbesondere habe ich schon früher (l. c. 1898, p. 502) die Nothwendigkeit betont, mit den Befunden von »Pseudoglomerulis« vorsichtig umzugehen. Denn so häufig auch rudimentäre Ausbildung oder bloße Andeutung von Urnierenformen in mesonephrischen Adenomyomen sein mag, so unleugbar häufig finden sich diesen Anklängen mehr oder weniger analoge Formen in schleimhäutigen. Darauf beruht zum Theil der morphologische Indifferentismus der mesonephrischen Adenomyome (die Analogie der adenomatösen Bestandtheile mit der Mucosa corporis uteri), den ich bei mehrfacher Gelegenheit hervorgehoben habe (l. c. 1897, p. 121; 1898, p. 505; Über die epithelialen Keime der Adenomyome etc., Archiv für Gynäkologie Bd. LX. Hft. 1. p. 193, 1900). Die mesonephrischen und schleimhäutigen Adenomyome des weiblichen Genitale treffen sich auf einem histologisch ganz indifferenten Gebiete, wie die physiologischen Produkte der Urniere und des Müller'schen Ganges — die Epoophorontheile und die Nebentuben. Hier wie dort verschiedener Ursprung bei gleicher Morphologie!

Es ist eine unerfüllbare Forderung, entgegen der Neigung einer Reihe von Autoren, jedes Adenomyom an der Gebärmutter oder am Eileiter nach seiner Morphologie entweder in diese oder in jene Gruppe einzurangiren, und nichts hat der auf eingehenden vergleichend-anatomischen Untersuchungen basirten Entdeckung v. Recklinghausen's vom Mesonephros redivivus in seinen Adenomyomen mehr geschadet als die Nichtberücksichtigung des häufigen morphologischen Indifferentismus dieser Geschwulstform.

Behauptet ein Autor in einem seiner Meinung nach schleimhäutigen Adenomyom am Uterus oder der Tube die volle Identität der Drüsenformation mit den specifisch mesonephrischen Wucherungen im Sinne v. Recklinghausen's, so darf er es nicht unterlassen, diese Behauptung durch detaillirte Abbildungen zu beweisen.

[13] v. Recklinghausen, l. c. p. 82, 83, 166, 167.

[14] Rob. Meyer, Über die Genese der Cystadenome und Adenomyome des Uterus. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXVII. p. 333. 1897.

*

Kolpotomia anterior zu überzeugen, dass damals rechte und linke Tube noch normal beschaffen waren, so ist damit keineswegs ausgeschlossen, dass in den für Gesicht und Tastgefühl normalen Organen doch bereits die kongenitalen Anlagen der späteren adenomatösen Wucherung steckten, sei es schleimhäutiger[15] oder mesonephrischer (v. Recklinghausen) Natur.

Dass diese und vielleicht noch andere Einwände auch gegen Herrn v. Franqué's »sichere« Deutung seiner Beobachtung gemacht werden können, wird Niemand bestreiten. Und mehr wollte ich nicht zeigen.

Vergleicht man die mesonephrischen Adenomyome verschiedener Lokalisation — des Uterus, der Tuben, des hinteren Scheidengewölbes, des Ligamentum latum, der Leistenbeuge, der hinteren Bauchwand —, so erkennt man mühelos das Einheitliche und Gesetzmäßige ihrer Erscheinungsform: es sind durchaus typische Geschwülste[16].

Ein hervorstechendes Merkmal dieses Typus ist, dass allerwärts, wo geschlossene Ordnungen sich ausbilden, auch stets ein echtes cytogenes Bindegewebe zur Entwicklung gelangt[17] und im Verein mit drüsigen Bildungen von mehr indifferenter Form ein morphologisches Analogon der Mucosa corporis uteri erzeugen kann.

Wer die genannten Adenome des weiblichen Genitale in ihrer Gesammtheit vom Epithel des Müller'schen Ganges ableitet, muss darum, ganz abgesehen von der Schwierigkeit, die Verlagerung desselben an die hintere Bauchwand oder in die Leistenbeuge einleuchtend zu erklären, entweder annehmen, dass versprengte Epithelien des Müller'schen Ganges, ob sie nun dem tubaren, cervicalen oder vaginalen Abschnitte desselben entstammen, bei adenomatöser Wucherung stets der Corpusschleimhaut analoge Produkte liefern. Oder aber er muss annehmen, dass die embryonal versprengten Epithelien des Müller'schen Ganges, mögen sie nun an das Scheidendorsum oder bis an die Stelle des Epoophoron gelangt sein, stets gerade aus dem Corpusabschnitte der Müller'schen Fäden sich loslösen.

Dieser für die Schleimhauttheorie der Adenomyome des weiblichen Genitale eben so unerlässlichen wie an sich unwahrscheinlichen

---

[15] v. Lockstädt, Über Vorkommen und Bedeutung von Drüsenschläuchen in den Myomen des Uterus. Inaug.-Diss., Königsberg i/Pr., 1898. p. 28; vgl. auch v. Franqué, l. c. p. 55; bezüglich der Adenome im linken Tubarwinkel in einem 2. Falle (p. 53, 54) v. Franqué'sist »die Annahme einer kongenitalen Anlage von der Tubenschleimhaut aus nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen«.

[16] Das gilt auch für das Verhältnis der mesonephrischen Adenomyome der Cervix uteri und des Fornix vaginae zu den Adenomyomen und Adenokystomen am Drüsenanhang des Gartner'schen Ganges in Cervix und Scheidengewölbe (vgl. L. Pick, l. c. 1898. p. 494). Es handelt sich um histologisch völlig differente Bildungen. Herr Kollege Thumim, Assistent unserer Klinik, hat diesen Nachweis in einer im Archiv für Gynäkologie demnächst erscheinenden Arbeit (Die adenomatöse Hyperplasie am cervicalen Drüsenanhang des Gartner'schen Ganges) geliefert.

[17] L. Pick, l. c. 1898, p. 499 und p. 504; l. c. 1899, p. 520.

Hilfshypothese gegenüber ist die histologische Ähnlichkeit mit der Struktur der Mucosa corporis uteri als eine generelle Eigenschaft der Adenome des Mesonephros ganz unabhängig von ihrer Lokalisation durch die stete Gleichartigkeit der Geschwulstkeime leicht verständlich.

Die Bedeutung der Topographie und des speciellen morphologischen Verhaltens der mesonephrischen Adenomyome zur Klärung ihrer Genese im Sinne v. Recklinghausen's habe ich schon früher in meinen oben mehrfach angezogenen Aufsätzen unter Berücksichtigung der gegnerischen Einwände analysirt.

Nachdem nunmehr die Bildung charakteristischer Adenomyome am Epoophoron durch unseren Fall bewiesen ist, steht die Gruppe der mesonephrischen Adenomyome des Weibes auf einem Fundamente, das zwar durch den noch ausstehenden Nachweis von verlagerten Urnierentheilen in der Uterus- oder Tubenwand, am Scheidendorsum oder im runden Mutterbande verbreitert werden kann, aber auch ohnedem meines Erachtens schon jetzt nicht mehr zu erschüttern ist.

(Aus der Klinik Chrobak.)

III. Über eine Relation zwischen Sternum und Conjugata.

Von

Dr. J. Kurz,

gew. Operationszögling der Klinik.

Gewisse Gesetze über die Proportionen des menschlichen Körpers, welche Anatomen und bildende Künstler in gleich hohem Maße interessiren mussten, waren, wie aus der auffallenden Übereinstimmung und Korrektheit der Formen antiker Kunstwerke und aus der Überlieferung einiger alter Autoren hervorgeht, schon im Alterthume wohlbekannt (Stratz, Froriep, Zeising).

Die alten Ägypter berechneten die Körperlänge nach der Länge des Mittelfingers, die in jener 19mal enthalten sein soll, und vom griechischen Bildhauer Polyklet, einem Zeitgenossen des Perikles, bis in die neueste Zeit waren Philosophen, Künstler und Anatomen in ähnlichem Sinne bestrebt, die Quantität der verschiedenen Körpertheile nach dem Maße irgend eines als Modulus angenommenen Körpertheiles zu bestimmen, wozu bald die Kopf-, bald die Hand- oder Fußlänge etc. verwendet wurde.

So z. B. gab Vitruo, ein Architekt unter Augustus, eben so wie Albrecht Dürer (16. Jahrhundert) die Gesichts- und Handlänge als $^1/_{10}$, die Kopflänge als $^1/_8$, die Fußlänge als $^1/_6$ der Gesammtkörperlänge an, während nach Langer die Länge der Hand dem Abstande vom Nabel bis zum Hüftgelenke entsprechen und $^1/_9$ der Körperlänge betragen soll.

Carl Schmidt fand, dass die Länge des Oberschenkels gleich sei dem Abstande des Hüftgelenks von der Brustwarze der anderen

Seite, die Länge des Unterschenkels gleich dem Abstande des Hüftgelenks von der Brustwarze derselben Seite.

Über eine Relation der für den Geburtshelfer so wichtigen Tiefendurchmesser des Beckens zu anderen Körpermaßen konnte ich weder aus dem Munde maßgebender Fachmänner wie Herr Hofrath Zuckerkandl, Prof. v. Frisch, noch aus der mir zugänglichen Litteratur etwas erfahren, und es dürfte daher vielleicht von Interesse sein, über Versuche und Messungen, die mit gütiger Erlaubnis meines hochverehrten Chefs an den Schwangeren der Klinik in dieser Hinsicht von mir vorgenommen wurden, zu berichten.

Von der Überlegung ausgehend, dass die am häufigsten Beckenanomalien verursachende Rachitis sich in analogen Veränderungen des übrigen Skeletts u. A. auch des Thorax manifestiren, ward ich darauf geführt, eine Beziehung zwischen Conjugata und Sternum zu suchen.

Ehe ich auf die Resultate der Messungen eingehe, will ich zunächst die Technik der Sternalmessung, so wie hierbei gewonnene Erfahrungen mittheilen.

Die Bestimmung des Sternalmaßes, die in etwa einem halben Tausend Fällen an den Hausschwangeren der Klinik von mir gemacht wurde, geschah folgendermaßen:

Ich suchte tastend die Verbindungsstelle zwischen Manubrium und Corpus sterni auf, die in Folge des meist winkeligen Zusammentreffens der beiden Knochen den in der Höhe des Ansatzes des zweiten Rippenpaares an das Brustbein befindlichen Angulus Ludovici darstellt.

Beim Herabführen des Fingers vom Jugulum her in der Regel als leistenartige Prominenz fühlbar, trägt dieselbe häufig auf ihrer Höhe eine Furche. Die Mitte der letzteren, bezw. falls die Furche nicht ausgeprägt, — die Mitte des erwähnten Vorsprunges wurde als oberer Messpunkt angenommen.

Derselbe ist auch bei Frauen mit stark entwickeltem Panniculus in den meisten Fällen eruirbar.

Den unteren Messpunkt bildet die Mitte des unteren Endes des Corpus sterni, einer Kante, von der gewöhnlich eine deutliche Stufe zu dem in der Tiefe fühlbaren Schwertfortsatz führt.

Der untere Messpunkt ist nun in einer Reihe von Fällen nicht mit Sicherheit bestimmbar, sei es, dass ein unmerklicher Übergang des Brustbeinkörpers in den Schwertfortsatz die angeführte Kante vermissen lässt, oder ein zu reichliches Fettpolster eine genaue Palpation verhindert. (In manchen dieser Fälle soll nach dem Vorschlage des Herrn Dr. Knauer die Verbindungslinie des Sternalansatzes des 7. Rippenpaares als untere Grenzlinie anzusehen sein und deren Mitte dem unteren Messpunkte entsprechen.)

Bei meinem Bestreben, durch Freipräpariren des Sternums am Kadaver die Lage der Messpunkte zu erfahren, ergab sich die interessante Thatsache, dass die untere Nadel nicht, wie a priori zu

erwarten war, an der Grenze zwischen knöchernem Corpus sterni und Processus xiphoides steckte, sondern am unteren Ende einer einige Millimeter langen knorpeligen Fortsetzung des Brustbeinkörpers, von der aus eine Stufe zum Schwertfortsatze führte. (Es war mir nicht möglich, eine größere Zahl von Messungen an der Leiche vorzunehmen und es sei hier bemerkt, dass die Messungen am Skelette, die ich vornahm, nicht dieselben Resultate ergaben, wie jene an der lebenden Frau, wesshalb ich mich auf die Anführung der beobachteten Thatsachen beschränke.)

Die beiden Messpunkte wurden an der Lebenden durch sanften Druck mit dem Fingernagel, event. mittels eines dermatographischen Stiftes bezeichnet, wobei der markirende Gegenstand möglichst senkrecht zur Unterlage aufgesetzt werden musste und man sich vor Verschiebung der Haut zu hüten hatte.

Nach Auffindung beider Punkte wurde die Entfernung zwischen ihnen mittels straff gespannten Bandmaßes in Centimetern bestimmt.

Die korrespondirenden Messungen der Conjugata wurden in etwa 350 Fällen gemacht und zwar, um jede Möglichkeit einer Beeinflussung auszuschließen, stets von fremder Hand und zu anderer Zeit.

Durch entsprechenden Abzug von der digital erforschten Diagonalconjugata wurden die Werthe der Conjugata vera bestimmt, die in den beifolgenden Tabellen neben dem Sternalmaß figuriren, um so die Prüfung einer mehr oder weniger vollständigen Übereinstimmung der beiden Maße zu ermöglichen.

In ca. 200 von den angeführten Fällen wurden die Beckenmessungen von verschiedenen Ärzten der Klinik unternommen, im Interesse einer durchaus **einheitlichen** und verlässlichen Conjugatabestimmung sollen indess hier nur jene Resultate der zuletzt ausgeführten 150 Conjugata-Kontrollmessungen mitgetheilt werden, welche der langjährige Assistent der Klinik, Herr Dr. Knauer, in liebenswürdigster Weise gemacht hat, dem ich für seine Mühe und manch werthvollen Rath auch hier meinen besten Dank ausspreche.

Ich muss nochmals hervorheben, dass auch diese Conjugatamessungen digital und zu anderer Zeit als meine Sternalmessungen vor sich gingen, und die gefundenen Werthe erst nachträglich verglichen wurden.

Bemerkenswerth erscheint mir weiter, dass der verwendete Tasterzirkel aufs genaueste mit dem zur Sternummessung verwendeten Bandmaße übereinstimmte.

Vor Anfügung der Tabellen möchte ich darauf hinweisen, dass die Fälle ohne Wahl der Messung unterzogen wurden, also dass normale und abnorme Becken promiscue mit den korrespondirenden Sternalmaßen angeführt erscheinen.

Ein gewisser Bruchtheil der Fälle konnte von vorn herein wegen Undeutlichkeit eines der Messpunkte am Sternum, häufiger des unteren aus oben angegebenen Ursachen nicht zur Sternalmessung herangezogen werden.

Fortlaufende Nummer	Protokoll-No. Jahrg. 1898—99	Sternum	Conjugata	Anmerkung
1	3535 [1]	10	9,5	rachitisch plattes Becken
2	113	10,5	—10,5	
3	103	—10	10¼	
4	110	+11,5	+10,5	
5	23	10,5	10,5	
6	61	+10	—10,5	
7	64	+ 9,5	+ 9,5	rachit. pl. Becken
8	3508	+10	+ 9,5	
9	59	11	+10,5	
10	3749	—10	— 9¼	rachit. pl. Becken
11	3767	+10	10,5	
12	?	+10	11,5	
13	?	11	+10,5	
14	?	—10	10	
15	?	+10	11	
16	37	—10	—10	
17	3653	10	10,5	
18	33	—10	10¾	
19	137	9,5	9,5	rachit. pl. Becken
20	133	— 9½	9¾	einfach plattes Becken
21	22	10	— 9¾	einfach plattes Becken
22	166	+ 9	—10	
23	165	10,5	10	
24	170	—10,5	+10	
25	131	—10,5	9¾	
26	3798	+ 9½	10¼	
27	3594	—10	10	
28	202	9,5	+10	allgemein verengtes Becken

Fortlaufende Nummer	Protokoll-No. Jahrg. 1898—99	Sternum	Conjugata	Anmerkung
29	195	—10	+ 9½	rachit. pl. Becken
30	192	10¾	+10,5	
31	228	10¾	10¼	
32	206	+ 9,5	9	rachit. pl. Becken
33	?	9	—11	abnormes Sternum
34	213	9	9½	rachitisch allgemein verengtes Becken
35	224	—10	+10,5	
36	225	+10½	—11,5	
37	256	—10	9½	rachit. pl. Becken
38	270	—10,5	—10½	
39	264	+ 9½	+10	
40	262	—10½	9¾	
41	258	—10	—10	
42	292	+ 9,5	—10	
43	326	+10½	10¼	
44	323	+10½	10¼	
45	327	10¾	+10,5	
46	318	—10	—10	
47	362	+10	+ 9,5	
48	364	— 9	10,5	auffallend kurzes Sternum
49	357	+10½	9¾	
50	411	10,5	+10½	
51	409	10¼	10¼	
52	414	9¾	+10,5	
53	412	11	11	
54	413	—10,5	—11	
55	383	—10	—10,5	
56	493	+10	—11¼	
57	448	9½	— 9	rachit. pl. Becken

[1] Die hohen Protokollziffern erklären sich daraus, dass einige Schwangere mit untersucht wurden, welche im vorigen Jahre aufgenommen, sich zur Zeit der Arbeit noch in der Klinik befanden.

Fortlaufende Nummer	Protokoll-No. Jahrg. 1898—99	Sternum	Conjugata	Anmerkung
58	459	10	— 10¾	
59	450	+ 11	10¾	
60	462	10½	11	
61	?.	+ 8¾	9,5	rachitisch plattes Becken
62	452	9¾	— 10½	
63	460	+ 10	10	
64	456	9½	8½	rachitisch plattes Becken
65	521	10,5	+ 11	
66	468	10,5	11	
67	549	9¾	+ 10½	
68	565	10	— 10,5	
69	514	9,5	+ 10	
70	522	— 10	+ 9,5	
71	512	— 10	+ 9	rachit. pl. Becken
72	586	+ 10¾	10,5	
73	553	9¾	— 10	
74	561	10¼	10¼	
75	594	+ 10½	10½	
76	591	— 10¾	10½	
77	636	— 10	+ 9,5	einfach plattes Becken
78	621	+ 9¾	— 10,5	
79	629	+ 10½	10	
80	618	— 10	— 11½	
81	593	— 10,5	— 10	rachit. pl. Becken
82	661	+ 10,5	+ 10,5	
83	664	10	+ 10,5	
84	658	+ 10	10¼	
85	659	10	10,5	
86	728	+ 9¾	9,5	rachit. pl. Becken
87	729	9¾	— 10,5	
88	726	— 10,5	10,5	
89	721	+ 10	— 10,5	

Fortlaufende Nummer	Protokoll-No. Jahrg. 1898—99	Sternum	Conjugata	Anmerkung
90	751	+ 10	+ 9½	einfach plattes Becken
91	741	+ 9¾	— 10	rachit. pl. Becken
92	760	10¾	+ 10½	
93	749	— 10	— 10,5	
94	791	— 10	+ 9,5	
95	790	9¾	— 10,5	
96	800	10¼	— 10	
97	788	9	9,5	einfaches Becken
98	721	9¾	10½	
99	807	+ 9½	— 10½	
100	856	+ 10	10	
101	868	+ 9¾	10½	
102	836	+ 10	10½	
103	829	+ 10	+ 10	
104	857	10	+ 11	
105	824	9¾	— 10½	
106	859	— 10½	10½	
107	911	— 10½	— 11	
108	913	10¼	10¾	
109	882	+ 9	10¼	abnorm kurzer Thorax
110	883	— 10	+ 8¾	rachit. pl. Becken
111	884	+ 9½	9¾	einfach plattes Becken
112	885	+ 10½	10¼	
113	3068	11	10,5	
114	3065	10	9,5	
115	3076	9½	9½	rachit. pl. Becken
116	3060	— 11	10,5	
117	2948	— 9,5	10	
118	3185	+ 10	10,5	
119	3186	10½	11,5	
120	3217	+ 8	8,5	rachit. pl. Becken

Fortlaufende Nummer	Protokoll-No. Jahrg. 1898—99	Sternnm	Conjugata	Anmerkung	Fortlaufende Nummer	Protokoll-No. Jahrg. 1898—99	Sternum	Conjugata	Anmerkung
121	3213	9¾	9¼	einfaches Becken	135	3358	11½	11½	
122	3216	9½	10		136	3291	+ 9	9,5	einfaches Becken
123	3006	+ 10	11		137	3292	+ 9¾	10¾	
124	3214	+ 9	9	plattes Becken	138	3462	10¼	9¾	
125	3241	9	9	plattes Becken	139	3456	10	10¼	
126	3008	10¾	10½		140	3078	+ 9½	+ 9¾	
127	3267	+ 10	10		141	3388	10	10¼	
128	3240	— 10	10		142	3426	+ 10	10	
129	3210	— 10	10		143	3423	+ 10¾	11¼	
130	3245	10¾	10½		144	3424	9½	10¼	
131	?	10½	10¾	undeutl. untere Grenze durch 7. Rippe bestimmt.	145	3453	+ 10½	10½	
132	3332	+ 9	8	rachit. pl. Becken	146	3459	— 10,5	11	
133	3359	10½	10¼		147	3483	8¾	— 8¾	rachitisch plattes Becken, schräg verengt
134	3357	— 11	10½		148	3511	10	9½	
					149	3515	9¾	10¼	
					150	3360	10¾	11	

Ohne vorstehenden Tabellen weitere Erläuterungen anfügen, insbesondere ohne der Frage, ob praktische Vortheile aus dieser Relation resultiren könnten, näher treten zu wollen, glaube ich den bereits gekannten Proportionalitätsverhältnissen des menschlichen Körpers ein neues hinzufügen zu können.

Aus den vorstehenden Tabellen geht bei Vergleichung der beiden neben einander angeführten Zahlenreihen, die, wie ich glaube, erwähnenswerthe Thatsache hervor, dass sich in etwa 7% der 150 Fälle eine Differenz zwischen der Länge der Conjugata vera und dem Sternum von 1 cm oder darüber ergab; in 93% hingegen bestand ein kleinerer Unterschied; theilweise betrug die Differenz zwischen dem von mir angegebenen Sternalmaße und der Conjugata vera bei derselben Person, gleichviel ob ein normales oder ein enges Becken vorlag, nur einige Millimeter, so dass man immerhin annehmen' kann, es bestehe thatsächlich in der großen Mehrzahl der Fälle bei der lebenden Frau eine gewisse Relation zwischen dem Corpus sterni und der Conjugata vera.

Schließlich ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Chef, Herrn Hofrath Prof. Chrobak für die freundliche Überlassung des reichen Materials seiner Klinik, so wie namentlich für die liebevolle Förderung und thatkräftige Unterstützung meiner Arbeit meinen besten Dank abzustatten.

---

1) **J. F. Larrieu** (Paris). Über sichere und radikale Heilung der Syphilis; Quecksilber und Syphilis.

Leipzig, **Georg Thieme,** 1899.

Das vorliegende, 130 Seiten umfassende Werkchen erscheint in der 3. Auflage.

In sehr klarer und überzeugender Weise zeigt der Verf., dass die Syphilis in den meisten Fällen gleich bei ihrer Entstehung in bestimmten Grenzen gehalten werden kann; dass nach Ausbruch der Allgemeinerscheinungen eine 4—8monatliche Behandlung im Stande ist, eine vollständige Heilung zu bewirken; dass die so verhängnisvollen hereditären Folgen verhindert werden können, und dass eine, auch selbst bei der Konception inficirte Frau, doch die Schwangerschaft zu Ende führen kann. In dem 1. Kapitel bespricht Verf. die Dauer und Prognose der Syphilis vom Standpunkte der krassen Merkurialisten, der gemäßigten Merkurialisten und der Antimerkurialisten. Dieser so lange Zeit geführte Streit hat das Gute gehabt, dass er nicht resultatlos verlief. Man lernte daraus, dass das Quecksilber, um die unangenehmen Nebenerscheinungen zu vermeiden, in kleinen Dosen verabreicht werden muss in Verbindung mit allgemeinen hygienischen Maßnahmen und einem roburirenden Regime. Bei Anwendung von starken Dosen Quecksilber verschwinden zwar oft bald die sekundären Erscheinungen, aber es tritt an deren Stelle eine medikamentöse Infektion, wie Verf. sich ausdrückt, die gewöhnlich viel unangenehmere Erscheinungen darbietet. In dem 2. Kapitel wird die verschiedene Anwendungsweise des Quecksilbers besprochen in Form von Einreibungen, Dämpfen, Einspritzungen. Letztere werden im folgenden Abschnitte noch besonders einer Kritik unterzogen. Verf. fordert vor Allem die Löslichkeit der Quecksilberpräparate; jedoch soll man sich hüten, dass man zu lange mit der Dosis fortfährt und so eine Gewöhnung an das Medikament eintritt und eine zu große Anhäufung von Quecksilber im Organismus. Im folgenden Kapitel wird die vom Verf. seit vielen Jahren angewandte Methode geschildert, die ihm so vorzügliche Resultate geliefert hat, sowohl bei der Abortivbehandlung wie bei der Behandlung der sekundären Erscheinungen. Abgesehen von der lokalen Behandlung des Schankers, der Lymphdrüsenschwellungen und der Plaques muqueuses besteht die Haupttherapie in Folgendem: Jeden Morgen $^1/_4$ Stunde vor dem ersten Frühstücke in etwas Wasser Verabreichung von 3—5 Tropfen frisch bereiteter Jodtinktur und von einem Esslöffel einer Lösung von

Natrium jodatum cristallisatum 20:200. Diese Behandlung soll 5 bis 8 Monate fortgesetzt werden; jeden Monat bis zu 20 Tagen; an den übrigen Tagen des Monats soll nichts verabreicht werden. Vom 4. Monat ab soll die obige Medikamentation nur in den ersten 14 Tagen stattfinden. Mit dieser Jodtherapie hat Verf. ausgezeichnete Resultate erzielt; natürlich wird auf kräftige Nahrung, Bewegung in frischer Luft, Hydrotherapie etc. Werth gelegt. Die Jodtinktur scheint ihm in der Behandlung der Syphilis das idealste Medikament zu sein. Es vermag in ca. 20 Tagen bis 2 Monaten, wenn nicht allein, so doch in Verbindung mit lokaler Behandlung und Quecksilbereinreibungen, indurirten Schanker mit oder ohne Lymphdrüsenentzündungen zur Heilung zu bringen. Die Schnelligkeit, mit welcher unter dem Einflusse des Mittels die sekundären Erscheinungen schwinden, und mit welchem eine dauernde Heilung erzielt wird, zeigt uns, dass es jedem anderen Mittel überlegen ist.

In dem folgenden, 5. Kapitel werden die Beziehungen der Syphilis zur Schwangerschaft besprochen. Der große Streit, der auch in diesem Punkte um die Vor- und Nachtheile der Quecksilberbehandlung geführt wurde, führte eben so zu der Erkenntnis, dass die Dosen möglichst klein genommen werden müssten. Was die Lebensfähigkeit des Kindes betrifft, so kann man im Allgemeinen annehmen, dass das Kind um so mehr Aussichten hat am Leben zu bleiben, als die Ansteckung der Mütter später vom Zeitpunkte der Befruchtung an erfolgte; tritt die Ansteckung schon vorher ein, so erfolgt in der Regel Abort. Verf. führt 3 Fälle an, in denen er die schon oben angegebene Jodtherapie anwandte, und welche als Beweis dafür dienen, dass mit derselben eben so glänzende, ja noch bessere Resultate erzielt werden können, wie mit den bisher bekannten Behandlungsmethoden. Wie bei der allgemeinen Syphilis tritt auch hier nach relativ kurzer Zeit definitive Heilung ein.

Das letzte Kapitel ist der hereditären Syphilis gewidmet. Aus den in demselben angestellten Erörterungen zieht L. den praktischen Schluss, dass Angesichts der Frühgeburt eines todten oder lebenden, doch syphilitischen Fötus beide, sowohl die Mutter wie der Vater in Behandlung genommen werden müssen; die Mutter, weil sie nur dadurch in den Stand gesetzt wird, die Schwangerschaft zu einem guten Ende zu bringen; der Vater, weil die Gefahr einer späteren Ansteckung, falls die Krankheit hartnäckig ist, doch immer bestehen bleibt.

Odenthal (Bonn).

---

2) **H. v. Rothschild** (Paris). Über Hygiene der Milchernährung.

Paris, **Masson & Cie.**, 1899.

Mit vorliegendem Werkchen bezweckt Verf. speciell den Müttern ein kleines Buch an die Hand zu geben, welches dieselben über alle Einzelheiten der Ernährung des Säuglings in ausführlicher Weise aufklären, ihnen gleichsam als Führer dienen soll.

In dem ersten Theile spricht Verf. hauptsächlich von der natürlichen Ernährungsweise, die er auch allen anderen künstlichen Ernährungsmethoden voranstellt. Alle hier in Betracht kommenden Fragen werden eingehend erörtert, ob der physische Zustand der Mutter das Stillen erlaubt, welche Eigenschaften eine gute Amme haben muss, Untersuchung derselben, Wechsel einer solchen, wie sich die Frau in Bezug auf Lebensweise, Diät verhalten soll. Weiterhin wird auf die Vorsichtsmaßregeln aufmerksam gemacht, welche eine Mutter beim ersten Anlegen zu beobachten hat; wann das Kind angelegt werden soll. Besonders warnt Verf. vor Überernährung, die auch bei einem Brustkinde schwere Verdauungsstörungen hervorrufen könne..

Im zweiten Hauptheile ist dann die gemischte und die künstliche Milchernährung genauer behandelt, mit eingehender Schilderung der Zusammensetzung der Milch, der chemischen und bakteriologischen Studien über dieselbe und der Fälschungsversuche.

Dann geht Verf. zur Schilderung der Herstellungsweise der sterilisirten Milch über, sowohl im privaten wie industriellen Gebrauche. Diesem Kapitel sind zahlreiche Abbildungen beigegeben, z. B. von den Apparaten von Soxhlet, Lentile Budin. Was den Nährwerth der sterilisirten Milch anbetrifft, so hält er sie für eben so nahrhaft wie frische, für besser verdaulich wie diese bei dem weiteren Hauptvortheile, dass die Kinder doch fast absolut vor schwereren Erkrankungen des Verdauungstractus geschützt seien.

Weiterhin werden noch die verschiedenen künstlich hergestellten Milchsorten, die von Gärtner, Backhaus, Dufour, Fécomp besprochen und alle die verschiedenen im Handel befindlichen Kindernährpräparate.

Den Schluss bildet eine klinische Studie über die verschiedenen Arten von Erkrankungen des Verdauungskanales.

Odenthal (Bonn).

---

3) **H. Meyer** (Zürich). Die Frau als Mutter.

Stuttgart, F. Enke, 1899.

Gemeinverständliche Darstellungen medicinischer Dinge, die sich an die breiten Massen der Laienkreise richten, erwecken oft und nicht mit Unrecht bei Ärzten argwöhnische Zweifel, ob die Gemeinverständlichkeit nicht auf Kosten der wissenschaftlich festgestellten Thatsachen erreicht werde. Dieser Vorwurf ist dem vorliegenden Werke absolut nicht zu machen. Im Gegentheil: man wird kaum etwas darin finden, das einer ärztlichen Kritik nicht Stand hielte, wie es bei der wissenschaftlichen Stellung und Ausbildung des Verf. ja auch ganz selbstverständlich ist. Der Stoff ist in 3 große Abschnitte getheilt: Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett — Diätetik und Leitung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett — Pflege und Ernährung des Neugeborenen. Der letzte ist der umfangreichste und eben so wie der zweite von muster-

gültiger Darstellung was Inhalt und Ausdrucksweise anbelangt, während in dem ersten die Gemeinverständlichkeit stellenweise etwas in Frage gestellt erscheint. Anatomische und physiologische Einzelheiten müssen dabei gestreift werden, ohne doch dem Verständnis des Laien, selbst wenn es eine liebende Mutter oder eine solche ist, die es werden will, erheblich näher zu rücken. Das thut dem Ganzen indessen keinen Eintrag. Was die Frau für sich selbst und für ihr Kind zu thun hat, das ist das Wichtigste, und das wird ihr in umfassendster, sachgemäßester und klarster Weise aus einandergesetzt. Dem Werk ist daher eine weite Verbreitung zu wünschen.

Stoeckel (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 9. Februar 1900.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Flaischlen.

Der Schriftführer berichtet über die feierliche Überreichung des Diploms als Ehrenmitglied an Herrn Geheimrath Kristeller durch den I. Vorsitzenden der Gesellschaft, Herrn Paul Ruge.

I. Herr A. Martin (Greifswald) demonstrirt ein von ihm erprobtes Verfahren der Behandlung des Nabels Neugeborener. Nachdem er ausgeführt hat, dass die bisher bekannten Methoden, deren ja eine große Zahl vorgeschlagen ist, weder für die Anwendung in der Praxis sich eignen, noch nach den vorliegenden Mittheilungen das gewünschte gleichmäßig gute Resultat geben, führt er aus, dass ihm durch die eigenen Erfahrungen die Nothwendigkeit einer Veränderung der Nabelschnurversorgung sich aufgedrängt hat. Während des Umbaues der Greifswalder Klinik erkrankten 3 Kinder an einem von der Nabelwunde ausgehenden Tetanus. Wie die Untersuchungen von Beumer und Peiper seiner Zeit gezeigt haben, ist der Staub in Greifswald ein außerordentlich intensiver Nährboden dieser Bacillen. Nach mancherlei anderweiten Versuchen, über die Dr. Riek an anderer Stelle berichten wird, hat M. schließlich folgendes Verfahren angewandt.

Nachdem das Kind in der gewöhnlichen Weise abgenabelt, gebadet und zurecht gemacht, wird um den Nabel an der Grenze der Haut und der Nabelschnurscheide eine aseptische Ligatur gelegt; aus welchem Materiale, ist irrelevant. Dann wird mit einer im Herdfeuer glühend gemachten, gewöhnlichen Haarbrennschere (Preis 25 ₰), 1—1½ cm von dieser Ligatur entfernt, der Nabel durchgebrannt. Der Brandschorf ist vollkommen sicher. Weder sehr sulzereiche, noch sulzearme Nabelschnurstümpfe haben nachgeblutet. Dagegen zeigte sich schon am 2. Tage eine intensive Schrumpfung, am 3. Tage sinkt der Nabel in das Niveau der Haut, welche sich in weiten Falten über den Stumpf legt. Am 4. und 5. Tage fällt der Schorf ab, mit ihm die Ligatur. Der Nabel ist ganz in die Tiefe der Bauchdecken zurückgesunken. Am 6.—7. Tage ist der Nabel fast wie bei Erwachsenen verheilt.

Dieses Verfahren hat sich gleichmäßig bewährt und konnte ohne Schwierigkeit von Hebammenschülerinnen und Studenten ausgeführt werden. Die Kinder machten eine ungestörte Rekonvalescenz durch.

M. bittet, das Verfahren einer Nachprüfung zu unterziehen, in der Überzeugung, dass damit diese immerhin noch nicht befriedigend gelöste Aufgabe erledigt werde.

Diskussion: Herr Bröse hält den Vorschlag Martin's, die Nabelschnur der Neugeborenen möglichst ganz bis auf einen kleinen Stumpf zu entfernen, für

einen Fortschritt, giebt aber zu bedenken, dass nach den verschiedenen Publikationen Cohn's in den letzten 3 Jahrgängen der Berliner klin. Wochenschrift der Brandschorf kein sicherer Schutz gegen das Eindringen pathogener Bakterien in den Organismus ist. Als solcher hat sich nach Cohn nur der Argentum nitricum-Schorf bewährt. Man darf auch nach dem Abbrennen der Nabelschnur die übrigen aseptischen Vorsichtsmaßregeln bei der Behandlung des kindlichen Nabels nicht außer Acht lassen.

Herr Schülein fragt Herrn Martin, wie er die Kinder weiter behandelt, ob das Kind vor oder nach dem Abbrennen gebadet wird und ob die täglichen Bäder wegfallen oder nicht.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Bokelmann: Statistisches zur Zangenentbindung.

Herr Flaischlen: Durch die Mittheilungen des Herrn Bokelmann veranlasst, habe ich das Material meiner geburtshilflichen Praxis zusammengestellt und bin zu Resultaten gekommen, die eine gewisse Ergänzung zu der Statistik des Herrn Bokelmann bilden. Diese Resultate sind kurz folgende: In den letzten 13 Jahren habe ich 200 Zangenentbindungen ausgeführt. Von den Entbundenen waren 160 Erstgebärende und 40 Mehrgebärende. Von den Erstgebärenden waren 49 über 30 Jahre alt. Von den 200 Entbundenen sind 2 gestorben. Die eine Pat. starb an puerperaler Eklampsie, die zweite an den Folgen einer Infektion. Diese letztere war längere Zeit vor der Entbindung erfolgt und stand mit der Zangenoperation nicht im Zusammenhange.

Von den 201 Kindern (einmal hatte ich die beiden Zwillinge mit der Zange entwickeln müssen) waren 113 Knaben und 88 Mädchen. Es wurden lebend entwickelt und blieben am Leben 189 Kinder. Die Mortalität der Kinder betrug 12, also 6%. 5 von diesen waren vor der Anlegung der Zange bereits abgestorben oder tief asphyktisch. 6 Kinder starben bei oder kurz nach der Entbindung. Darunter handelte es sich 4mal um Zangen mit erheblich verengtem Becken, und 1 Kind starb am 2. Tage nach einer schweren Zangenentbindung an einem cerebralen Bluterguss. 20mal handelte es sich um erheblich verengtes Becken, darunter 5mal um ein allgemein verengtes. 25mal operirte ich bei Vorderscheitellage und 20mal handelte es sich um hohe Zangen. Von den Kindern der 49 alten Erstgebärenden starben 3; 2 davon waren vor der Entbindung abgestorben, also ebenfalls 6% Mortalität.

Wie Herr Bokelmann uns mittheilte, berichten Münchmeyer und Wahl von der Dresdener Klinik über 17 und 21,2%, Semon von der Danziger Klinik über 19,5% Kindersterblichkeit. Herr Bokelmann hatte in seiner Privatpraxis 4%, ich selbst 6%. Wenn der Grund dieser erhöhten Sterblichkeit in den Kliniken theilweise in der Belastung der Kliniken mit schweren Fällen gesucht werden kann, so schließe ich mich Herrn Bokelmann doch darin an, wenn er auch in dem zu langen Warten mit der Zangenapplikation eine Ursache der hohen Kindermortalität erblickt. Ich möchte ferner darauf hinweisen, dass wir gerade in der Privatpraxis uns oft in einer ungünstigen Lage befinden. Wir bekommen als Specialisten eine Reihe von Fällen zur operativen Behandlung, bei denen der Verlauf schon von anderer Seite durch vergebliche Zangenversuche u. A. ungünstig beeinflusst ist. Es wird dadurch auch unsere Statistik nicht unerheblich belastet.

So richtig es ist, dass die allgemein anerkannten Schulregeln besonders von Anfängern streng innegehalten werden sollen, so stimme ich Herrn Bokelmann darin vollkommen bei, dass ein vorsichtiger Geburtshelfer, der Übung und Erfahrung hat, eine gewisse Freiheit in der Anwendung der Zange sich erlauben kann, und gewiss nicht zum Schaden für Mutter und Kind. Gewiss soll sich diese Freiheit wesentlich auf die typischen Zangen erstrecken. Auch ich halte eine typische Zangenentbindung, von den Händen eines geübten Geburtshelfers ausgeführt, für eine ungefährliche Operation.

Einen Cervixriss nach einer Zangenentbindung zu nähen, bin ich eben so wie Herr Bokelmann nie in die Lage gekommen.

Im Gegensatze zu Herrn Bokelmann habe ich die Episiotomie oft gemacht und glaube damit manchen Dammriss verhütet zu haben. Ich mache dieselbe gern nur einseitig. Die Episiotomie habe ich immer heilen sehen.

Herr Simons erzählt einen Fall von schwerer Cervixverletzung nach Forceps aus der Praxis. Das Interesse desselben liegt in der eingeschlagenen Therapie. Anämische, hagere Frau, IIIgebärend, seit 2 Tagen kreißend, fieberfrei, Wehenschwäche. Kindliche Herztöne verlangsamt. Kopf ins kleine Becken eingetreten, am Tiefertreten verhindert durch kleinfaustgroßes Cervixmyom, das in den Muttermund hineinragt. Dieser handtellergroß, die hintere Wand gut dehnbar. Die Geschwulst sitzt sehr tief vorn und links und lässt sich nicht emporschieben. Kindliche Herztöne dauernd sehr langsam; desshalb Zange. Dass dieselbe höchst wahrscheinlich einen größeren Cervixriss verursachen müsse, wird vorausgesehen resp. angesagt. Trotz sehr vorsichtigen und langsamen Operirens Riss links entlang dem Geschwulstrande bis zur Basis des breiten Mutterbandes. Sehr starke arterielle Blutung, die weder durch Tamponade, noch durch heiße Duschen zu beeinflussen ist. Naht des Risses wegen Assistenzmangel — der Kollege besorgt das asphyktische Kind — und schlechtester Beleuchtung unthunlich. Anlegung von 5 Doyen'schen Dauerklemmen. Blutung steht. Puls kaum fühlbar. Circa 1 Liter physiologische ClNa-Lösung subkutan. Wochenbett durchaus fieberfrei. Mutter und Kind gesund. Die Klemmen wurden nach 33 Stunden abgenommen.

Herr Schülein: Ich bedaure, nicht Zeit gehabt zu haben, die Resultate meiner 21jährigen specialistischen Praxis zusammenzustellen. Ich kann desshalb nur über die Thätigkeit der letzten 6 Jahre berichten. In diesen 6 Jahren hatte ich 696 Entbindungen, 231 Mehr- und 465 Erstgebärende. Unter der Gesammtzahl waren 136 Frühgeburten und Aborte. Von den 696 Müttern habe ich 2 verloren, eine — ein Abort — kam hochfiebernd in meine Behandlung, es handelte sich wahrscheinlich um einen arteficiellen Abort; die andere starb nach Anlegung des Forceps vermuthlich an Infektion — parametritisches Exsudat 8 Wochen post partum. Von den Kindern der 696 Mütter wurden 32 todt geboren, 7 waren luetisch, todtfaul, 6 wurden perforirt, 6 weitere waren sicher vorher abgestorben, 6 starben bei Placenta praevia, 2 bei Steißlage und engem Becken, 2 bei schwerer Wendung, 1 nach apoplektischem Anfalle der Mutter, 2 Kinder wurden mittels Forceps todt herausgezogen, das eine bei einer Eklamptischen, das andere Kind war todtfaul, luetisch.

In den 696 Fällen habe ich 111mal den Forceps angelegt. Es ist das viel seltener als der Kollege Bokelmann. Doch bei der Häufigkeit des operativen Eingriffes mittels Forceps muss das Temperament des Operateurs berücksichtigt werden. Die Gründe, wesshalb der Kollege Bokelmann zu einem höheren Procentsatze der Zangenentbindungen gekommen ist, sind auch darin zu suchen, dass ich die Frühgeburten und Aborte mit eingerechnet habe, und dann habe ich vielleicht öfters die Wendung ausgeführt, wo er noch zum Forceps griff. Ich habe gerade die letzten Jahre meiner specialistischen Thätigkeit gewählt, weil ich aus privater Mittheilung des Kollegen Bokelmann weiß, dass die äußeren Bedingungen fast dieselben waren, dass wir Beide jetzt meistens vorher angemeldete Entbindungen zu leiten haben. In der ersten Zeit meiner Thätigkeit wurde ich fast nur im letzten Augenblicke zu komplicirten Entbindungen von Kollegen gerufen, natürlich muss da die Zahl der operativen Eingriffe und meistens der Forceps eine größere sein.

Was nun die Mortalität der Mütter der 111 Zangengeburten betrifft, so ist nur eine vielleicht an Sepsis, jedoch sicherlich nicht durch die Schuld der Zange gestorben. Von den mittels Forceps zur Welt beförderten Kindern kamen 2 todt zur Welt, eins bei Eklampsie und das zweite war vorher abgestorben und war luetisch.

Die Morbiditätszahl der Mütter und Kinder kann ich nicht genau angeben, da häufig die betreffenden Kollegen, welche mir die Leitung der Geburt über-

tragen hatten, die Weiterbehandlung übernahmen. Ernstere Erkrankungen sind sicherlich nicht vorgekommen.

Die Dammrisse suche ich durch Episiotomie, wie der Kollege Flaischlen, zu verhüten. Dührssen'sche tiefe Incisionen der Cervix und des Dammes habe ich nicht ausgeführt. Ab und zu kleinere Incisionen in den Muttermund, doch selten.

Ich bediene mich der kleinen Naegele'schen Zange.

Nach meinen Resultaten muss ich dem Kollegen Bokelmann beistimmen, dass die Zange in der Hand eines geübten Specialisten — jedoch nur eines solchen — ein unschädliches Instrument sowohl für Mutter als Kind ist.

Herr Odebrecht: Wenn Niemand weiter das Wort wünscht, so möchte auch ich meine Zustimmung zu den Ausführungen des Vortr. zu erkennen geben und das Resultat des Vortrages und der Diskussion dahin zusammenfassen, dass die Gesellschaft nicht der Ansicht zu sein scheint, dass die Zangenentbindung das Urtheil verdiene, welches ihr von manchen Seiten gesprochen: die blutigste aller geburtshilflichen Operationen zu sein.

Entgegen dem Vortr. halte ich es für rathsam, einen langen und einen kurzen Forceps fast ohne Beckenkrümmung zu verwenden.

Der Episiotomie lege ich keine große Bedeutung bei. Cervixincisionen halte ich für gefährlich und werde sie daher wohl nicht machen. Die tiefe Scheiden-Dammincision dagegen ist nicht so schlecht, wie sie gemacht wurde.

Herr Bröse bemerkt zu der Frage der tiefen Scheiden-Dammincisionen und Cervixincisionen, dass er es nicht für richtig hält, wie das Herr Schülein gethan hat, sie vollkommen zu verwerfen. Es können immer einmal Fälle vorkommen, in denen man sie anwenden muss. Die tiefen Scheiden-Dammincisionen empfiehlt B. vor Allem dann anzulegen, wenn man gezwungen ist, bei Erstgebärenden zu wenden, damit nicht schon der Arm des Operateurs den Damm total zerreißt, und Einschnitte in den Muttermund bis ans Scheidengewölbe können auch nöthig sein, wenn man gezwungen ist, die Mutter zu entbinden, bevor die Eröffnungsperiode beendet ist. Es ist nur nicht richtig, diese Incisionen mit dem Namen Dührssen's zu verbinden, da sie auch schon vor Dührssen in der Geburtshilfe angewendet wurden.

Herr Wegscheider fragt, ob unter den 43 hohen Zangen keine Achsenzugzangen seien, die er oft ungern entbehren würde; ferner, wie viel der 750 Entbindungen Herr Bokelmann überhaupt operativ beendet habe; ob stets in Narkose die Zange angelegt sei; und ob Bokelmann den Kopf ganz mit der Zange entwickle, oder ob er dazu die üblichen Handgriffe anwende?

Bei Beurtheilung der Dresdener Statistik sei nicht zu vergessen, dass die Procentzahl der engen Becken dort über 25% betrage, und dass die Zange in der Leopold'schen Klinik häufig von weniger geübten Händen angelegt werde.

Herr Flaischlen hat die kleine Naegele-Schröder'sche Zange angewandt; dieselbe hat stets auch für die hohen Zangen ausgereicht. Ein Bedürfnis nach der Achsenzugzange hat F. in der Praxis nie empfunden.

Herr Olshausen hält die Achsenzugzange zwar für ein nützliches Instrument, hebt aber hervor, dass ein entscheidendes Urtheil darüber, ob die Achsenzugzange mehr leiste, als eine richtig gehandhabte andere Zange, doch sehr schwer und eigentlich nur in solchen Fällen möglich sei, in denen nach einem vergeblichen Versuche mit einer anderen Zange die Achsenzugzange zum Ziele führte. Auch ist der Umstand misslich, dass man die Druckwirkung auf die mütterlichen Weichtheile bei der Achsenzugzange weit weniger sicher beurtheilen könne.

Herr Koblanck: Der Unterschied zwischen Zangenoperationen in der Privatpraxis und in der Klinik ist kein so fundamentaler, als es nach dem Vortrage des Herrn Bokelmann zunächst scheinen konnte. Die große Häufigkeit der Zangenoperationen beruht zum Theil auf der Rücksichtnahme auf Kreißende und Hausarzt; außerdem ist die große Zahl der Mehrgebärenden Schuld daran, diese machen auch in der Klinik häufig die Zangenoperation nöthig (s. Dissertation von

Grunert). — Die Unterschiede in den Ergebnissen der Zangenoperationen sind bezüglich der Verletzungen der Mütter zum Theil auf den Unterschied in der Definition »Verletzung« zurückzuführen; die gröberen Verletzungen der Kinder werden in der Praxis meist nicht bemerkt, da keine Sektionen stattfinden.

Die Häufigkeit der Zangenentbindungen des Vortr. darf trotz der glänzenden Resultate die strikten Indikationen der Klinik nicht erschüttern.

Herr Odebrecht: Entgegen dem Kollegen Bröse möchte ich noch einmal vor tiefen Cervixincisionen warnen. Sie erfolgen doch für gewöhnlich im Interesse der Geburtsbeschleunigung und eines lebenden Kindes. Das bezahlt dann aber die Mutter mit einem Schaden an ihrer Gesundheit. Wenn auch das Puerperium normal verläuft; es resultiren Narben in den Parametrien, die wir als Gynäkologen zur Genüge kennen, um deren willen wir oft und vergebens behandeln.

Auch in Herrn Simon's Falle hatte ich den Eindruck, es sei besser gewesen, zu warten, auch wenn das Kind dabei abgestorben wäre.

Herr Bokelmann (Schlusswort) geht kurz auf die Ausführungen und Einwürfe der Vorredner ein, die sich zum großen Theile durch den Hinweis auf das in seinem Vortrage Gesagte erledigen lassen. So wurde dort bereits ausgeführt, dass er stets ein und dieselbe mittelgroße Zange benutzt und niemals Sehnsucht nach einer Achsenzugzange empfunden hat. Narkose pflegt er, wenn nicht besondere Gründe oder Weigerung der Kreißenden entgegenstehen, stets anzuwenden. Macerirte Kinder zu perforiren ist gewiss richtig, wenn man ihren Tod sicher konstatirt hat. Das Nicht-hörbar-Sein der Herztöne genügt B. hierzu nicht. Übrigens kann es auch aus Gründen mehr äußerlicher Art erwünscht sein, die Perforation auch des todten Kindes möglichst zu umgehen. Die Zangenlöffel werden abgenommen, sobald der Kopf nicht mehr zurückrutschen kann. Die stärkere Belastung der Kliniken, auch der Dresdener, mit engem Becken und die daraus zum Theil resultirende Verschlechterung der Statistik wurde bereits im Vortrage genügend hervorgehoben.

In Bezug auf die sog. großen Scheiden-Dammincisionen steht B. auf dem Standpunkte, dass die Indikation, sie zu machen, vielleicht in einem vereinzelten Ausnahmefalle einmal konstruirt werden könnte. Dass diese Indikation keine häufige sein kann und es keinen Sinn hat, aus einer einmal ausnahmsweise gebrauchten Nothoperation eine besondere Entbindungsmethode zu machen, dürfte auf der Hand liegen.

Die von Herrn Koblanck gemachte Unterscheidung zwischen den Geburten, welche der Specialarzt von Anfang an leitet, und denjenigen, zu denen er später hinzugerufen wird, ist zu unterschreiben. Gerade aber bei den ersteren dürfte unter Umständen das Moment einer größeren psychischen Ermüdung als Entschuldigung für eine laxere Indikationsstellung dienen, die aber unter allen Umständen nur in ganz gefahrloser Weise zu operativer Beendigung führen darf.

B. hat Verletzungen tödlicher Art bei Kindern nicht beobachtet, giebt aber die Möglichkeit einer Aufdeckung derselben durch die Sektion zu. Nicht einen Hydro-, sondern einen Anencephalus hat er mit Forceps und zwar ohne Schwierigkeiten nach vorher gestellter Diagnose entwickelt.

B. betont zum Schlusse nochmals aufs schärfste den Unterschied zwischen leichtem und schwerem Forceps in Bezug auf die Indikationsstellung, und wiederholt ausdrücklich, dass die Berechtigung zu einem freigebigeren Gebrauche der Zange nur für den Geübten Geltung haben soll, während der Anfänger durchaus gut thut, sich streng an die Schulregeln zu halten.

Sitzung vom 23. Februar 1900.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Flaischlen.

I. Demonstrationen.

1) Herr Zangemeister stellt eine 19jährige Pat. vor, bei welcher ein mandelgroßer Blasenstein, der im Wochenbette vor einem Jahre entstanden war, durch vaginale Cystotomie entfernt wurde.

Z. empfiehlt den vaginalen Blasenschnitt als leicht ausführbar.

2) Herr Saniter stellt zwei Kinder mit tiefer löffelförmiger Impression des linken Scheitelbeines vor, von denen er das jüngere vor 12 Tagen durch Wendung (aus 1. Schädellage) und Extraktion zur Welt gebracht hat. Das ältere, ein 4jähriges, geistig völlig gesundes Mädchen soll auf gleiche Weise geboren sein. Beide stammen von derselben Mutter, die ein skoliotisch schräg verengtes (rechts) Becken mit einer Conjugata diag. von 9,5 cm hat. Die Prognose solcher Impressionen wird von den meisten Autoren auf ca. 50% guter Ausgang angegeben.

Herr P. Strassmann erwähnt eine Beobachtung aus der Poliklinik, dass 5 Geschwister Druckmarken am Kopfe, von dem rachitischen Becken der Mutter herrührend, zeigten, 2 auf der rechten, 3 auf der linken Seite. Alle waren geistig normal. Bei den älteren machten sich die Druckstellen nur durch geringe Abflachung und Fehlen der Haare ohne tiefere Impression bemerkbar.

3) Herr Gottschalk: Demonstration zur Entstehung der Adenome des Tubenisthmus.

G. legt chronisch entzündlich erkrankte, von seinem früheren Assistenten Nassauer (München) durch die Laparotomie gewonnene, ihm zur Untersuchung überlassene Adnexe vor. Auf der einen Seite finden sich sehr dünnwandige multiple Cysten des Epoophoron zwischen den Blättern der Mesosalpinx und an dem makroskopisch kaum verdickten Isthmus tubae mikroskopisch weit in der Peripherie der eigentlichen Tubenmuskulatur sowohl bis in die Mesosalpinx, als auch subserös bis an die freie Tubenoberfläche reichende, mit flimmerndem Cylinderepithel ausgekleidete, drüsenähnliche Kanälchen und Cystchen, ohne cytogene Bindegewebsscheiden. An 2 Stellen ließ sich auf Reihenschnitten deren unmittelbarer Zusammenhang mit der Tubenlichtung und deren Entstehung aus Ausstülpungen des Tubenepithels einwandsfrei darthun (demonstrirt). Die kleinzellige Infiltration ist stärker ausgebildet rings um diese drüsenähnlichen Bildungen, als im Bereiche der Tubenschleimhaut. Eine specielle Ursache für die Salpingitis ließ sich anatomisch nicht feststellen. Knotenförmige Verdickung des Tubenisthmus fehlte. Der Fall reiht sich dem von v. Franqué (Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLII) beschriebenen an die Seite und beweist wie dieser, dass adenomatöse Bildungen außerhalb der Ringmuskulatur der Tube ja in der Mesosalpinx auf Ausstülpungen des Tubenepithels beruhen können. Es ist das im vorliegenden Falle um so bemerkenswerther, als hier die adenomatösen Veränderungen am Tubenisthmus mit bis orangegroßen Cysten des Epoophoron innerhalb der Mesosalpinx komplicirt waren.

II. Herr Opitz hält den angekündigten Demonstrationsvortrag: Über Adenomyome und Myome der Tuben und des Uterus, nebst Bemerkungen über die Entstehung von Ovarialgeschwülsten.

Vortr. berichtet über einen Fall von Tubenadenomyom. Die Trägerin, eine 35jährige Nullipara, kam zum 1. Male im April 1898 in die Klinik mit einem carcinomatös entarteten Cervixpolypen. Der Totalexstirpation entzog sie sich und ließ sich erst Juni 1899 wieder aufnehmen. Es fand sich ein großer Blumenkohl der Portio vaginalis. Am 28. Juni nahm Vortr. die Totalexstirpation des Uterus und der entzündlich veränderten Adnexe vor. Vortr. demonstrirt das makroskopische Präparat und Schnitte aus der Uterus- und Tubenwand, so wie von den Ovarien mittels Projektionsmikroskopes.

Von der das Bild einer hochgradigen Endometritis glandularis zeigenden Corpusschleimhaut dringen zahlreiche Drüseneinsenkungen in die Muskulatur, stellenweise mehrere Millimeter tief, ein, sie liegen in einem dem Schleimhautstroma sehr ähnlichen Gewebe. Auch sonst finden sich in den Spalten zwischen den Muskelzügen Anhäufungen eines sehr kernreichen, kurzspindeligen Gewebes. Unter der Serosa liegen mehrere unter 1 mm große Myome, welche aus dem kernreichen Gewebe hervorzugehen scheinen. Vom interstitiellen Theile der rechten Tube aus senkt sich ein Drüsenschlauch in die Muscularis ein. Der Isthmus beider Tuben ist der Sitz eines typischen v. Recklinghausen'schen Adeno-

myoms, in dem sich vereinzelte Verbindungen zwischen dem engen, faltenlosen Tubenlumen und den Drüsenschläuchen finden. Am Übergange des rechten Tubentumors in eine Sactosalpinx purulenta finden sich innerhalb eines ca. 1 cm langen, in Reihenschnitte zerlegten Stückes 15 Verbindungen der Drüsenschläuche mit dem Tubenepithel. Die Schleimhaut besitzt hier wieder zahlreiche, theilweise mit einander verklebte Falten. In der Wand der Pyosalpinx finden sich ebenfalls tiefe, die ganze Wand durchsetzende Einsenkungen des Epithels. In dem gequollenen Stroma der verklebten Falten liegen zahlreiche neugebildete Muskelfasern. In den Adhäsionen, die Tube und Ovarien bedecken, sieht man zahlreiche epithelführende Hohlräume. An einer Stelle kann man deutlich den Übergang platten Peritonealepithels in kubisches Epithel verfolgen. Zahlreiche Psammomkörner liegen in den Adhäsionen und den oberflächlichen Schichten der Tubenwand und der Ovarien. Letztere zeigen das Bild der chronischen Oophoritis. Von dem Keimepithel gehen Einsenkuugen in die Tiefe und verbreiten sich als schlauchartige Wucherungen im Stroma. Einzelne Schläuche sind cystisch erweitert und zeigen papilläre Hervorragungen des Epithels in das Innere. Das Epithel lässt stellenweise noch Spuren eines Flimmerbesatzes erkennen. Zwischen zusammengedrängten schmalen Zellen finden sich blassere, aufgequollene, die durch ihr Aussehen einmal zu Verwechslung mit Ureiern, andererseits mit »Becherzellen« Veranlassung geben könnten.

Aus diesen Präparaten geht hervor, dass das Tubenepithel schlauchförmige Ausstülpungen treiben kann, ferner, dass die epithelialen Bildungen in diesem Falle und in einigen in der Litteratur beschriebenen, mit Sicherheit von dem Tubenepithel abstammen. Das entzündlich gewucherte Bindegewebe ist im Stande, Muskelfasern hervorzubringen.

Für diese Fälle sei also die Hypothese v. Recklinghausen's von der Urnierenabstammung der Adenomyome widerlegt. Aber auch für die Adenomyome des Uterus überhaupt sei diese Theorie nicht aufrecht zu erhalten.

Verf. bespricht kurz die Gründe, welche v. Recklinghausen zu seiner Annahme geführt haben und sucht sie als nicht stichhaltig nachzuweisen.

Nur nebensächlich behandelt ist dagegen das bei den Adenomyomen ganz regelmäßige Vorkommen von älteren und frischeren Zeichen chronischer Entzündung. Da in den genau beobachteten Fällen die Entzündung schon bestand, bevor ein Tumor nachweisbar war, die Ausdehnung der Entzündung der Größe der Tumoren entspricht und ferner eine Erklärung der Entzündung als durch die wachsenden Tumoren bedingt nicht möglich ist, so dürfte die Entzündung für die Entstehung dieser Tumoren verantwortlich zu machen sein.

Den Schlüssel zum Verständnisse für die Bedingungen, unter denen eine Entzündung zur Bildung von Adenomyomen führen kann, bietet das Studium des »cytogenen Gewebes«, welches in einem großen Theile der Fälle als Umhüllung der Drüsenschläuche gefunden wird. Vortr. lässt dies Thema als Dissertation von Herrn cand. med. Sames bearbeiten. Das schon vorliegende große Material gestattet unter Berücksichtigung der Entwicklungsgeschichte und der Litteraturangaben mit größter Wahrscheinlichkeit folgende Schlüsse.

Unter dem Einflusse chronischer Hyperämie, d. h. Überernährung, kann sich aus dem Bindegewebe des Uterus und der Tuben entlang den kleinen Gefäßen ein kernreiches, aus kurzen Spindelzellen bestehendes Gewebe bilden (entzündliches Keimgewebe).

Dieses »entzündliche Keimgewebe« ermöglicht es dem gleichfalls wuchernden Epithel des Uterus und der Tube so wie des Peritoneums zwischen die Muskelbündel einzudringen und dort weiter zu wuchern.

Das »entzündliche Keimgewebe« besitzt die Fähigkeit, Muskelfasern zu bilden und sich in der Nachbarschaft des Epithels in wirkliches cytogenes Bindegewebe umzuformen. Beim Nachlassen der Hyperämie und damit der Wucherung kann sich das Keimgewebe, so weit es nicht Muskulatur hervorgebracht hat, in fibrilläres Bindegewebe verwandeln.

Die Kugelmyome entwickeln sich auch aus dem »entzündlichen Keimgewebe«.

Das Peritonealepithel kann bei Entzündungen kubisch und cylindrisch werden, ja sogar Flimmern erhalten und in so veränderter Form die Bildung subseröser Adenomyome verursachen.

Wirklich einmal im Myometrium vorhandene Epithelien können natürlich eben so gut wie erst unter dem Einflusse einer chronischen Entzündung eingedrungene sich an der Entstehung von Adenomyomen betheiligen.

Die Einzelheiten eignen sich nicht zu einem kurzen Referate.

Bezüglich des Ovariums weist Vortr. darauf hin, dass der vorliegende Fall, so wie frühere Beobachtungen im Vereine mit der Thatsache des Vorkommens epithelialer Einstülpungen bei chronischer Oophoritis und des nachgewiesenen Entstehens der papillären Flimmerepithelcystadenome aus diesen für die Richtigkeit der Gusserow-Nagel'schen Annahme spreche, nach der die genannten Geschwülste ihre Entstehung einer Oophoritis verdanken. In gleichem Sinne sind die Psammomkörner, das häufige gleichzeitige Vorkommen von Entzündungen des Peritoneums und anderer Beckenorgane, der pseudointraligamentäre Sitz der serösen Cystadenome zu verwerthen.

Herr Gottschalk möchte dem cytogenen Gewebe nicht die gleiche führende Rolle bei dem Zustandekommen dieser drüsigen Bildungen am Isthmus tubae zuerkennen, wie das aus dem Vortrage des Herrn Opitz hervorzugehen scheint. Er stützt sich dabei auf den abweichenden Befund des heute demonstrirten Falles, in welchem das cytogene Schleimhautgewebe an den Abschnürungsvorgängen des Tubenepithels unbetheiligt geblieben war, die drüsenähnlichen Bildungen demgemäß keine cytogenen Scheidewände gegen die Muskulatur besitzen.

Dann weist G. darauf hin, dass man über das Vorhandensein einer Kernarterie in kleinsten Anlagen von Myomkeimen nur an Reihenschnitten Aufschluss gewinnen könne, er habe in zahlreichen, untersuchten, geeigneten Präparaten die Kernarterie nur ausnahmsweise nicht gefunden. Kapselmyome (von Essen-Möller ausschließlich untersucht) seien für das Studium dieser Frage nicht geeignet. Die Kernarterie obliterire sehr frühzeitig. Gegen die Theorie des Herrn Opitz, wonach die Myome aus einer Umwandlung cytogenen Gewebes hervorgehen sollen, spräche die allgemeine Erfahrung, wonach in der Schleimhaut, welche regelrecht cytogenes Gewebe führt, ein Myom noch nie gefunden worden sei.

Herr Robert Meyer: Durch alle neueren Arbeiten hat die Theorie v. Recklinghausen's Einschränkungen erfahren, zuletzt besonders durch v. Franqué. Derselbe fand die charakteristischen Anordnungen und Gestalten der Drüsen, welche für Urnierenadenom sprechen sollen, in einem Tubenwinkeladenomyom und dennoch viele Kommunikationen mit dem Tubenlumen; absolut beweisend für die Abstammung von der Schleimhaut ist das nicht. Über die charakteristische Gestalt kann man sich ohne Abbildungen nicht verständigen. Die Drüsen der zweifellosen Schleimhautadenome im Tubenwinkel von Opitz und Gottschalk sind hinsichtlich ihrer Gestalt und Anordnung ohne jede Besonderheit. Periphere Adenome von charakteristischer Gestalt, ohne Zusammenhang mit der Schleimhaut, und ohne Myom, wie M. selbst einen Fall besitzt, lassen sich nicht auf die Schleimhaut zurückführen. Die meisten Tubenwinkeladenome stammen aber wahrscheinlich von der Schleimhaut. Theoretisch ist die Möglichkeit einer Einwanderung von Urnierenresten in den Uterus nicht zu leugnen, wie M. in seiner Monographie ausführlich behauptet hat.

Serosaeinstülpungen hat M. auch bei Erwachsenen oft gefunden; von ihnen, wie früher Iwanoff und jetzt Herr Opitz, die Adenomyome abzuleiten, ist bedenklich, weil die Epithelien dieser Serosaeinstülpungen minderwerthig sind. Höhere Epithelien an subserösen Drüsen, insdesondere Flimmerepithelien, weisen auf anderweitigen Ursprung. Die embryonalen Epitheleinschlüsse, welche M. beschrieben, sind übrigens der Zahl nach mehr als ausreichend, um die seltenen peripheren Adenomyome zu erklären.

Was die Ätiologie dieser Tumoren betrifft, so sieht M. in den Ausführungen des Vortr. lediglich eine Anerkennung der irritativen Geschwulsttheorie.

Herr Opitz (Schlusswort) giebt der Hoffnung Ausdruck, dass die ausführliche Veröffentlichung des Vortrages einige Missverständnisse klären werde.

Herrn Gottschalk erwidert Vortr., dass die Drüsenschläuche in den Tumoren nicht mehr von cytogenem Bindegewebe umgeben sind, wenn die Wucherung aufgehört hat und die Umwandlung des »entzündlichen Keimgewebes« in Muskulatur oder derbes Bindegewebe eingetreten ist.

In den tiefen Schleimhautschichten entwickeln sich desshalb die Myome nicht, weil es sich dort nicht um frisch wucherndes, sondern normalerweise vorhandenes Gewebe handelt.

Kernarterien können in den kleinen Myomen nicht vorhanden sein, weil diese dazu zu klein sind und an der Stelle ihres Sitzes größere Gefäße fehlen. Im Übrigen wird auf die Litteratur verwiesen.

Die Annahme von Herrn Robert Meyer, dass Urnierenepithelien vermittels schlauchartiger Einsenkungen des Coelomepithels in die Uterusmuskulatur gelangen können, scheint dem Vortr. nicht möglich, so lange nicht schwere Entwicklungsstörungen vorhanden sind.

Das Vorkommen flimmernder Cylinderepithelien auf dem Beckenperitoneum ist schon beobachtet worden.

Die Entzündungserscheinungen aus dem Wachsthum der Tumoren zu erklären, ist nicht angängig, da auch bei kleinen Adenomyomen schon eine Entzündung vorhanden ist und viel größere Tumoren als die bisher bekannten Adenomyome durchaus nicht regelmäßig eine Entzündung bewirken.

Die epithelialen Einschlüsse im Eierstocke sind allerdings nichts sehr Seltenes, sie kommen aber nur bei Oophoritis chronica vor. Gerade auf diesen Punkt sei Gewicht zu legen.

Verschiedenes.

5) Gummert (Essen). Über Vagitus uterinus.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 4.)

G. hatte Gelegenheit, bei einer Wendung dies seltene Ereignis zu beobachten. Sicher war Luft in den Uterus eingedrungen, die bei der Stirnlage unmittelbar an den Mund gelangen konnte. Placentenkreislaufstörung erschien ausgeschlossen; ein Hautreiz durch Erfassen des Fußes gegeben. G. schließt sich aber Thorn's Theorie an, dass es sich nur um eine Reflexaktion in den oberen Athemwegen gehandelt habe, nicht um ein eigentliches Schreien. **Roesing** (Hamburg).

6) C. A. Morris (London). Primäres Sarkom der Vagina, in der Schwangerschaft entstanden, Operation, spontane Entbindung, recidivfrei seit $2^1/_2$ Jahren.

(Practitioner 1898. December.)

Die 20jährige Pat. klagt seit einigen Wochen erst über häufigen, schmerzhaften Urindrang; 6. Monat der Gravidität. Ein seichtes zerfallendes Geschwür mit harten, nach außen gerichteten Rändern sitzt auf dem rechten Labium majus und erstreckt sich gegen das Hymen hin; Schwellung der entsprechenden Leistendrüsen. Unter 4wöchentlicher antiluetischer Behandlung vergrößert sich das Geschwür immer mehr nach der Scheide zu. Am 2. Mai 1896 verlegt ein knolliger, oberflächlich ulcerirender Tumor den Scheideneingang und erstreckt sich über das Hymen hinaus auf die rechte hintere Scheidenwand und vom Labium majus hinunter bis auf das Perineum; Rectum und Uterus frei. Nachdem mikroskopische Untersuchung die Diagnose gemischtes Rund- und Spindelzellensarkom ergeben, wird am 13. Mai 1896 Alles entfernt; von den geschwollenen Leistendrüsen ist nicht die Rede. Am 20. Juni spontane Geburt; im Wochenbette mäßiges Fieber

und, wie es scheint, leichte Parametritis, aber links. Pat. seitdem gesund. Streng genommen handelte es sich also um ein Sarkom der großen Schamlippe, was sich auf die Scheidenwand fortgesetzt hatte. **Zeiss** (Erfurt).

7) **Wunderlich.** Über die Misserfolge der operativen Behandlung der Bauchfelltuberkulose.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 1.)

Trotz einiger warnender Stimmen wurden die Erfolge der operativen Behandlung der Bauchfelltuberkulose bis jetzt als sehr günstige betrachtet. Der Umstand, dass in der Döderlein'schen Klinik unter 10 Fällen 7 Misserfolge zu verzeichnen waren, war die Veranlassung zu einer Durchforschung der Litteratur und zu einer dankenswerthen Zusammenstellung der Dauererfolge. Unter 500 Bauchfelltuberkulosen fand sich in 344 Fällen (68%) die exsudative, in 136 (27%) die fibrös-adhäsive, in 20 (4%) die suppurative Form. Von der ersten häufigsten Form sind 176 Fälle zusammengefasst, welche mindestens 3 Jahre beobachtet waren. In 41 (23%) von diesen erfolgte Wiederkehr des Ascites, und zwar in 33 Fällen ziemlich rasch. In 6 Fällen bestand ferner die Tuberkulose des Peritoneums weiter, ohne dass Ascites sich wieder ansammelte.

Trotz anscheinender Besserung konnte Jaffé bei einer 2. Laparotomie in 2 Fällen sich davon überzeugen, dass die Tuberkulose weiter bestand. Von 58 Todesfällen folgen 16 unmittelbar oder wenige Tage nach der Operation. Rechnet man alle Todesfälle, von denen die meisten später zwischen 2. und 6. Monate nach der Operation an Tuberkulose eintreten, zusammen, so erhält man bei 344 Laparotomien wegen exsudativer Bauchfelltuberkulose mit 78 Todesfällen eine Mortalität von 22,6%, wobei zu berücksichtigen ist, dass 168 Operirte nicht weiter beobachtet werden konnten. Heilungen, mindestens 3 Jahre klinisch beobachtet, konnten 41 von 176 Fällen, also 23%, festgestellt werden. Länger als 10 Jahre wurde Heilung in 4 Fällen konstatirt. Noch viel schlechter sind die Resultate bei den anderen Formen. Insgesammt starben von 136 wegen trockner Bauchfelltuberkulose Laparotomirten früher oder später 56, d. h. 41%, wobei zu bemerken ist, dass nur bei 81 Fällen eine längere Beobachtungsdauer vorlag.

In 13 Fällen, auf die 81 länger beobachteten bezogen, wurden im Anschlusse an die Operation Kothfisteln beobachtet, die in 8 zur direkten Todesursache wurden. Bei den Ablösungsversuchen der flächenhaft verklebten Därme wird die Darmwandung an den Stellen am meisten lädirt, an denen sich schon festere fibröse Schwarten entwickelt haben. An denselben kommt es alsdann zur Fistelbildung. Klinische Heilung von mindestens 3jähriger Dauer konnte nur in 8 Fällen (9,8%) beobachtet werden. Bei der seltenen suppurativ-ulcerösen Form ist es geradezu gefährlich zu operiren. Die eitrig-käsigen Herde finden sich oft gerade an den Stellen, wo die längst ulcerirten Darmpartien mit einander verwachsen sind. Ohne jede Gewaltanwendung erscheinen an den abgelösten Partien Kothfisteln, die Operation komplicirt sich immer mehr, die Suturen halten in dem bröckligen Gewebe meist nicht, und aus der einfachen Eröffnung der Bauchhöhle wird die schwierigste Darmoperation. Von 20 Fällen starb die Hälfte im Anschlusse an die Operation oder kurze Zeit nachher.

Aus dem anatomischen Verhalten der Tuberkel nach der Laparotomie ist der Beweis geliefert worden, dass die Operation die Erkrankung günstig beeinflussen kann; doch darf man nicht so weit gehen, sie als einziges und sicheres Mittel zur Heilung zu bezeichnen. Es kommen Spontanheilungen sicher vor, wie Altertum in 3 Fällen und auch Andere anatomisch nachweisen konnten. Gatti und Hildebrandt glauben, dass die Laparotomie nur dann volle Wirkung hat, wenn der Rückbildungsprocess der Tuberkelknötchen von der Natur aus schon angebahnt worden ist.

Jedenfalls ist bei der Auswahl der Fälle zur Operation nach allen diesen Erfahrungen große Vorsicht geboten. Der einfache Ascites ohne jede Komplikation gewährt die meiste Aussicht auf Dauerheilung. **Courant** (Breslau).

8) **V. Bonney.** Nachbehandlung und Komplikationen der Köliotomien.

(Lancet 1899. August 5.)

B. steht im Chelsea Hospital for women das reiche Material von 200 bis 300 Bauchhöhlenoperationen im Jahre zu Gebote. Die Operationen werden in den Nachmittagsstunden ausgeführt und nach denselben stets für reichliche Wärmezufuhr gesorgt. Falls kein Chok besteht, so wird am Operationstage nichts gereicht, sondern erst am Tage darauf ein Nährklystier und dann in Zwischenräumen heißes Wasser oder Milch und Wasser. Am 2. und 3. Tage werden die Quantitäten vergrößert und erst am 4. Tage konsistentere Nahrung gegeben, nachdem Morgens ein Seifenklystier gesetzt wurde. Am 14. Tage verlässt Pat. das Bett. Nach Hysterektomien wird alle 6 Stunden katheterisirt, um an den Operationsstümpfen keinen Zug auszuüben zu lassen. Ein Rectalrohr wird an den ersten beiden Tagen 4stündlich eingeführt und ev. der Abgang von Flatus durch Auswaschung des Mastdarmes mit Borwasser oder in hartnäckigen Fällen mit einer Terpentinverdünnung (15 : 500). Hinsichtlich des Pulses ist zu bemerken, dass die Pulszahl in den ersten 12 Stunden nach der Operation am höchsten sein soll. Eine Temperaturerhöhung kann durch nervöse Erregungen bewirkt werden, hält aber nicht lange an und der Puls muss dabei voll sein. Tritt nach dem Narkoticum Erbrecher in heftiger Weise auf, so wirkt vorzüglich ein Seifenklystier und etwas doppeltkohlensaures Natron per os, ev. ist die Ernährung nur per rectum vorzunehmen. Bei nervösem Erbrechen stößt die Kranke bei nüchternem oder gefülltem Magen auf, zuweilen ist es nützlich, der Nahrung ein wenig Alkohol zuzusetzen. — Tritt störend eine Auftreibung des Leibes auf, so ist zu unterscheiden zwischen epigastrischer, paretischer, durch Ileus oder durch Peritonitis veranlasster Aufblähung. Bei der 1. Art hilft Natr. bichlorat. innerlich nebst Auswaschung des Rectums. Die 2. Gruppe enthält tödliche Fälle und es soll nicht gezögert werden, wiederholt Terpentinklystiere zu geben. — Schmerzen treten unangenehmer auf, wenn man die Bauchdecken durch eine einfache tiefgreifende Naht geschlossen hat. Morphium soll nur ausnahmsweise gegeben werden, da es das Krankheitsbild verdunkeln kann. — Die Differentialdiagnose zwischen Chok und Blutung ist schwer, für ersteren spricht geringe Blässe, langsamer Puls, Ruhe der Kranken, schnelle Respiration. Für Blutung spricht ein fluktuirender Tumor im Douglas. Im Chok sind Alkoholklystiere und subkutane Infusionen zu machen; bei einer Blutung die Unterbindung, wozu meist kein Anästheticum erforderlich ist. B. will lieber in zweifelhaften Fällen den Bauch unnützer Weise geöffnet haben, als Infusionen bei offenen Gefäßen gegeben haben. B. glaubt auch an einen später auftretenden Chok, den er von einer Peritonitis geschieden wissen will. — Bei Ätherbronchitis ist ein unschätzbares Mittel eine Mischung von doppeltkohlensaurem Natron, Ammoniakspiritus, Chloroformspiritus und Kampherwasser. — Am Anfange der 2. Woche treten gewöhnlich Blasenbeschwerden auf, die B. auf Infektion von der Operationsstelle aus zurückführt. Der Urin ist sauer. Salol bringt regelmäßig Heilung.

Falls bei Urinverhaltung eine Unterbindung des Ureters ausgeschlossen ist, soll man große Mengen heißer Getränke geben; es handelt sich alsdann um Chokerscheinung. — Thrombosen der Femoralis können nach jeder abdominalen Operation auftreten. B. erlebte eine Thrombose der linken Femoralis nach einer rechtsseitigen Ovariotomie und glaubt desshalb an eine allgemeine Infektion des Körpers. Auffällig ist überhaupt, dass die linke Femoralis bei Weitem häufiger erkrankt. **Rissmann** (Osnabrück).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. **Sonnabend, den 21. April.** **1900.**

(Aus der gynäkologischen Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau [Primärarzt Dr. R. Asch].)

I. Ein Beitrag zur Kasuistik der Beckenechinokokken.

Von

Dr. **Gräupner**, Assistenzarzt.

Trotzdem Dank der zahlreichen Veröffentlichungen das klinische Bild der Echinokokkenkrankheit der Bauch- und Beckenorgane hinlänglich bekannt ist, sei mir gestattet, in Kürze über einen einschlägigen Fall zu berichten, der in seinem Verlaufe einiges Interesse bietet.

Am 27. Januar 1899 kam die 39jährige Köchin H. B. mit den Klagen über Zunahme des Leibesumfanges und des Gefühls der Schwere und des Vollseins der

Unterbauchgegend in unsere Anstalt. Pat. hatte 2mal spontan — das letzte Mal vor 11 Jahren — entbunden und normale Wochenbetten durchgemacht.

Am 8. Juni 1891 war sie in einer hiesigen Klinik laparotomirt worden, nachdem sie in Folge eines $^3/_4$ Jahre vorher gethanen Falles von der Treppe stets Schmerzen in dem sehr stark gewordenen Unterleibe gehabt hatte. Auf unsere Anfrage wurde uns von dem betreffenden Kollegen in liebenswürdigster Weise die Mittheilung gemacht, dass er bei der Laparotomie einen mannskopfgroßen Echinococcussack aus dem linken Lig. lat. ausgeschält habe, aber gezwungen gewesen sei, einen kleinen Rest am Boden des Lig. zurückzulassen. 26 Tage später habe er ein von dem zurückgelassen Sackreste ausgehendes Exsudat konstatirt, welches nach weiteren 14 Tagen durch die Scheide durchgebrochen sei. Pat. habe sich ein Jahr nach der Operation beschwerdefrei vorgestellt. Bei der damaligen Untersuchung sei ein Recidiv nicht konstatirt worden.

Auf unser Befragen theilt Pat. mit, dass sie schon im Jahre 1893 an krampfartigen Schmerzen im Unterleibe gelitten habe. Dieselben seien jedoch bald wieder von selbst verschwunden und erst vor kurzer Zeit wieder verstärkt aufgetreten. Periode seit der Operation regelmäßig, ohne Schmerzen, Dauer 3—5 Tage.

Wir erhoben folgenden Befund:

Scheideneingang und Scheide ziemlich weit, die Portio liegt der Symphyse an, der Muttermund ist quergespalten, das Corpus uteri liegt retroflektirt, fixirt. Das linke Scheidengewölbe ist abgeflacht durch eine dasselbe nach vorn drängende kugelige, reichlich faustgroße Geschwulst. Sie liegt scheinbar vor dem Uterus, ist wenig beweglich und imponirt als prall gefüllte Cyste. Eine Verbindung der Geschwulst mit dem Uterus ist nicht zu tasten, eben so wenig lässt sich ein Stiel erkennen. Auf der rechten Seite fühlt man ein zartes Ligament, normale Tube und normales Ovarium.

Die Laparotomiewunde ist 12 cm lang und zeigt im unteren Drittel eine unbedeutende Dehiscenz. An den Brustorganen ist nichts Pathologisches nachzuweisen. Im Urin kein Eiweiß, kein Zucker.

Von der Vermuthung ausgehend, es handle sich um ein Recidiv des vor 8 Jahren operirten Echinococcussackes, machten wir vom hinteren Scheidengewölbe aus unter streng aseptischen Kautelen eine Probepunktion. Wir erhielten eine wasserhelle klare Flüssigkeit, in welcher sich »Haken« fanden.

Nun waren wir unserer Diagnose sicher und schritten am nächsten Tage zur Operation. Chloroformnarkose ohne Zwischenfall. Längsschnitt im hinteren seitlichen Scheidengewölbe mit dem Paquelin, präparatorisches Vordringen, bis sich ein Segment der Geschwulst einstellt. In die Wand derselben wird mit dem Paquelin eine Öffnung gebrannt, sofort fließt eine große Menge klarer Flüssigkeit zusammen mit vielen typischen Echinokokkenblasen heraus. Ein Theil der Flüssigkeit wird steril aufgefangen. Nachdem der ganze Inhalt entleert ist, gelingt es durch Zug einen Theil der Sackwand zu entfernen. Der Rest der Wand wird in die Scheidenwunde eingenäht und die Höhle mit Jodoformgaze tamponirt. Zur Eröffnung der Peritonealhöhle war es im Verlaufe der ganzen Operation nicht gekommen.

Der Heilungsverlauf war regulär. Am 1. und 2. Tage post operationem hatte Pat. leichte Temperaturerhöhungen (38,2 und 38,3) bei gutem Allgemeinbefinden.

Am 3. Tage post operationem wurde die Tamponade zum 1. Male gewechselt, ohne dass noch Inhalt aus der Wundhöhle ausgeflossen wäre. Bei den weiteren Erneuerungen der Tamponade ist ein merkliches Schrumpfen der Höhle zu verzeichnen. Am 18. Tage dringt die Sonde nur noch 3 cm weit ein. Nach weiteren 7 Tagen wird die Tamponade dauernd entfernt und Pat. 3 Tage später mit fast ganz vernarbter Scheidenwunde bei völligem Wohlbefinden entlassen.

Die Nachuntersuchung am 4. December 1899 ergab: Scheidennarbe absolut glatt, von einem Tumor oder einer Resistenz in der Scheide nichts zu fühlen. Der Uterus liegt retroflektirt-fixirt, ohne durch diese Lageanomalie die geringsten Beschwerden zu verursachen. Pat. fühlt sich durchaus gesund.

In der bei der Operation gewonnenen Flüssigkeit hatten wir im Gegensatze zu den Berichten der meisten Autoren einen ziemlich

bedeutenden Albumengehalt (Kochprobe — Salpetersäurezusatz) gefunden. Im mikroskopischen Bilde sah man »Hakenkränze«.

Schröder hat in der Geburtshilflichen Gesellschaft zu Berlin am 23. December 1883 einen dem unsrigen analogen Fall demonstrirt. Dort war das Recidiv 4 Jahre nach der Laparotomie, bei welcher ein Echinococcussack seinen Inhalt zum Theil in die Bauchhöhle entleert hatte, aufgetreten. Er incidirte die Scheide, entleerte den Sack, drainirte die Öffnung und erzielte glatte Heilung. In unserem Falle waren über $7^1/_2$ Jahre vergangen, bis das Recidiv einen neuerlichen Eingriff erforderte. Wie es W. A. Freund in seiner den Gegenstand erschöpfenden Arbeit schildert, so hatten auch wir eine mit Tochterblasen versehene Mutterblase vor uns, welche wahrscheinlich aus einer bei dem Scheidendurchbruche im Bindegewebe zurückgebliebenen Echinococcusblase sich entwickelt hatte. Durch die Verdrängung des Uterus und durch die venöse Stauung waren die erwähnten Beschwerden ausgelöst worden.

Bei unseren therapeutischen Maßnahmen waren wir von folgenden Erwägungen geleitet worden. Nachdem wir mittels der Probepunktion — ihre aseptische Ausführung wird wohl die Gefahr einer Infektion gering erscheinen lassen — zu der sicheren Diagnose Recidiv eines Echinococcussackes gekommen waren, konnten wir mit der Möglichkeit der oft beobachteten parametranen Entwicklung rechnen. Desshalb schien es uns angezeigt, den weit nach unten gelegenen Tumor von der Scheide aus anzugreifen. Als sich dann bei der Operation unsere Annahme der Ausbreitung im Bindegewebe als richtig herausstellte, wandten wir das genügend erprobte Verfahren des Einnähens der zurückgebliebenen Sackwand nach völliger Entleerung der Blasen an, in der Hoffnung, auch hier eine völlige Verödung zu erzielen. Aber noch einen anderen Zweck verfolgten wir mit dem vaginalen Vorgehen. Wir glauben dadurch die Pat. vor einem erneuten Recidiv besser gesichert zu haben als durch eine nochmalige Laparotomie. Erstens liegt weniger Gefahr vor, dass sich Tochtercysten anderweit während der Entleerung implantiren; die Bindegewebswandflächen suchten wir möglichst unempfänglich durch Verschorfung mit dem Paquelin zu machen und weiterhin durch Übernähen mit dem unteren Theile der Sackwand zu schützen. Zweitens gelingt die völlige Verödung, welche neben der Entleerung wohl zum Schutze vor Recidiv hauptsächlich in Betracht kommt, bei so tief im Becken gelagerten Echinococcusblasen besser von der Scheide aus als von den Bauchdecken. Durch die Tamponade und Nachbehandlung wurde sie in diesem Falle völlig erreicht. Desshalb hatten wir selbst bei eventueller intraperitonealer Entwicklung vor, den vaginalen Weg nicht zu verlassen, sondern durch die Kolpocoeliotomia posterior die radikale Exstirpation zu versuchen.

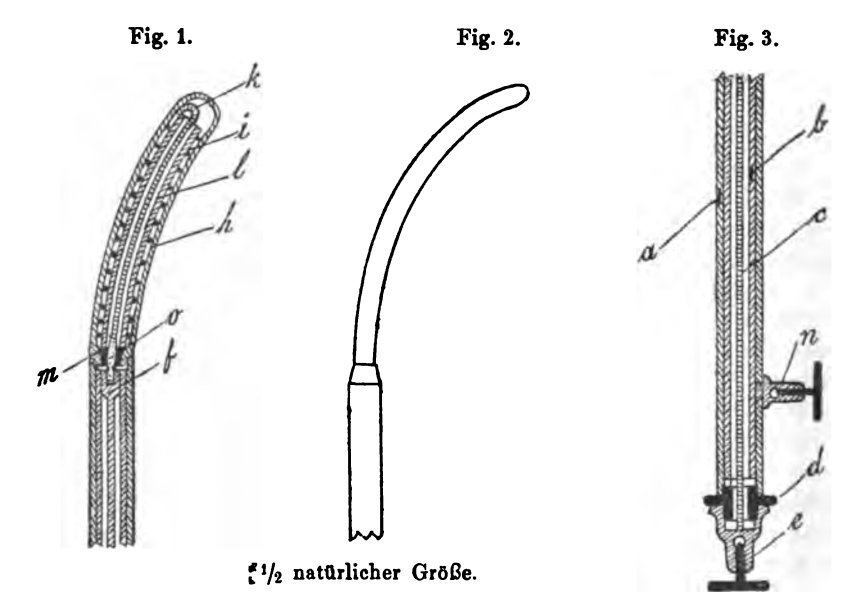
Der schnelle, befriedigende Heilungsverlauf würde uns in ähnlichen Fällen zu derselben Methode veranlassen.

II. Die elektrothermische Sonde.

Von

A. Schücking in Pyrmont.

In den bisherigen Mittheilungen über die elektrothermische Sonde war die Innenkonstruktion des Instrumentes nicht in ihren Einzelheiten beschrieben und auch keine Abbildung des Instrumentes gegeben worden. In Nachstehendem theilen wir an der Hand der Zeichnung, bei der mit Ausnahme von Fig. 2 der Dickendurchmesser im Verhältnisse zum Längenmaße um das Doppelte vergrößert ist, die Details der Innenkonstruktion mit.



1/2 natürlicher Größe.

Die Sonde besteht aus einer Metallröhre *a*, welche innen mit einer Isolirschicht *b* bekleidet ist. Innerhalb derselben befindet sich ein Leitungsdraht *c*, welcher unten an die durch das isolirende Zwischenstück *d* mit der Röhre *a* verbundene Klemme *e*, oben an eine durch Längsschnitte federnd gemachte Kapsel *f* angelöthet ist. Am oberen Ende der Röhre *a* befindet sich ein Innengewinde zur Aufnahme des auswechselbaren Sondenkopfes. Derselbe besteht ebenfalls aus einer, je nach dem Verwendungszwecke geformten Metallröhre *h*, an deren Innenwand sich eine Drahtspirale *i* aus einem Metalle von hohem elektrischen Widerstande anlegt. Die Drahtspirale *i* ist oben mit dem Zuleitungsdrahte *k* verbunden, im Übrigen jedoch durch eine isolirende Röhre *l* von demselben getrennt. Das untere Ende der Drahtspirale *i* ist an die Röhre *h* angelöthet, während das Ende des Zuleitungsdrahtes *k* in einen konischen Zapfen *o* ausläuft, welcher beim Aufschrauben des Sondenkopfes *g* in die Kapsel *f* eindringt. Der Zapfen *o* wird von einem isolirenden Ver-

schlussstücke *m* festgehalten. An der Röhre *a* ist zur Befestigung der Rückleitung eine Klemme *n* angebracht.

Wird durch Verbindung der Klemmen *e* und *n* mit einer Stromquelle ein Strom durch die Spirale *i* geschickt, so erwärmt sich dieselbe und der Apparat befindet sich alsdann im gebrauchsfertigen Zustande. Je nach Spannung und Stromstärke vermögen wir jeden Temperaturgrad zwischen Körpertemperatur und Glühhitze in dem Instrumente zu erzeugen. Die von mir benutzten Glühlampenwiderstände sind an vorhandene Lichtleitungen anzuschließen. Benutzt man Accumulatoren, so müssen dieselben einen Strom von im Durchschnitte 6 Ampère und 12 Volt zu entwickeln vermögen.

Die Aufgabe, das komplicirte Instrument in genügender Solidität herzustellen, hat das medicinische Waarenhaus mit großem Geschicke gelöst. Das zuerst von mir benutzte Instrument habe ich seit ca. einem Jahre im Gebrauche.

Bezüglich der günstigen therapeutischen Erfolge, die durch Anwendung des Instrumentes bei Amenorrhoe, Endometritis, Cervixkatarrhen und Erosionen erzielt werden, möchte ich auf früher Gesagtes verweisen und nur erwähnen, dass der Kreis der Indikationen für den Gebrauch des Instrumentes in letzter Zeit noch weiter gezogen worden ist. Dasselbe ist als das einzige Instrument, das eine exakte Kontrolle bei Anwendung von Hitzwirkungen erlaubt, auch für chirurgische Zwecke, ferner bei Gonorrhoe der männlichen Urethra mit bestem Erfolge gebraucht worden. Dass die gonorrhoischen Affektionen des Endometriums nach Anwendung der elektrothermischen Sonde rasch ihrer Ausheilung entgegen zu gehen pflegen, war bereits früher beobachtet worden. Selbstverständlich ist in inveterirten Fällen die Hitzetherapie auf die in entfernte Gewebe eingewanderten Gonokokken ohne Einfluss. — Der Zweck des Instrumentes, schrittweise, ohne der Pat. irgend eine Gefahr zu bringen, erhöhte Temperaturen ohne kaustischen Effekt beliebig lange auf die behandelten Schleimhäute einwirken zu lassen, ist, wie die Erfahrung gezeigt hat, durchaus erreicht worden.

---

1) **Piskaček.** Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen.

Wien, **Braumüller,** 1899.

In den meisten österreichischen Hebammenlehranstalten mit deutschem Unterricht ist das Buch eingeführt und erlebt nach 3 Jahren seine 2. Auflage, in der die inzwischen erlassenen neuen »Dienstvorschriften für Hebammen« berücksichtigt werden. Im Vergleiche zu unserem preußischen Hebammenlehrbuche, dem eine neue Auflage gewiss auch zu gönnen wäre, fällt zunächst vortheilhaft der Reichthum an guten Abbildungen auf, unter denen besonders die nach Photogrammen wiedergegebenen Illustrationen der äußeren Untersuchung und des Dammschutzes hervorgehoben zu werden

verdienen. Sodann erhöhen die Auszüge am Rande, durch die der Inhalt der Kapitel wiedergegeben ist, erheblich die Übersicht und erleichtern zusammen mit dem guten Sachregister wesentlich das Nachschlagen. Zweckentsprechend sind in der Einleitung Desinfektion, Puls, Temperatur, Darstellung verschiedenprocentiger Flüssigkeit besprochen, bevor die Anatomie des Körpers beginnt. Die große Bedeutung dieser Dinge wird der Schülerin durch die Besprechung vor Behandlung des speciellen Stoffes wirkungsvoll klargemacht. Das Buch umfasst 226 Seiten nebst einem Anhang von 42 Seiten und kostet gebunden 3 fl 60 Kreuzer. **Stoeckel** (Bonn).

---

2) **Döderlein** (Tübingen). Geburtshilflicher Operationskurs. 4. Auflage.

Leipzig, **Arthur Georgi,** 1900.

Die 4. Auflage des bei den Studirenden so beliebt gewordenen Leitfadens für den geburtshilflichen Operationskurs von D. liegt vor uns. Der Grund für die Beliebtheit, die sich das Buch in seinen Auflagen so schnell erworben hat, liegt einmal in der hervorragend klaren, trotz der Kürze leicht verständlichen Darstellung, zweitens in den vorzüglichen Abbildungen, die es ermöglichen, sich schnell über einen wissenswerthen Punkt zu orientiren. So ist in der That dieses Buch ein unentbehrliches Hilfsmittel des Unterrichts und ein trefflicher Rathgeber für den praktischen Arzt geworden. Es ist wohl kaum nöthig, darauf hinzuweisen, dass diese neue Auflage den früheren nicht nachsteht, sondern im Gegentheil mehrere Verbesserungen und Erweiterungen aufzuweisen hat. So sind die Bilder hinzugekommen, in denen der Fötus im Durchschnitte zur Veranschaulichung der Haltung der Wirbelsäule beim Geburtsmechanismus der verschiedenen Lagen dargestellt wird. Die Anordnung des Stoffes ist ja bekannt und es ist nicht nöthig, des nähern darauf einzugehen. Wir sind überzeugt, dass die 4. Auflage dieselbe Verbreitung wie ihre Vorgängerinnen finden wird und sprechen die Hoffnung aus, dass recht zahlreiche Ärzte und Studirende Nutzen aus diesem Buche ziehen werden. **Hohl** (Bremerhaven).

---

3) **E. Winternitz** (Tübingen). Leitfaden für die Schwangerenuntersuchung.

Leipzig, **Arthur Georgi,** 1900.

Der Leitfaden für die Schwangerenuntersuchung von W. soll den Zweck haben, das Erlernen der Untersuchung von Schwangeren und Kreißenden zu erleichtern und den Studirenden mit den Theilen der geburtshilflichen Untersuchung vertraut zu machen, welche er später als praktischer Arzt nothwendig kennen muss und nicht entbehren kann. Eine Anzahl von Abbildungen, theils direkt nach der Natur gezeichnet, theils nach photographischen Aufnahmen wiedergegeben, erleichtern das Verständnis des Textes. Wir wünschen

dem anschaulich und verständlich geschriebenen Buche eine weite Verbreitung unter den Studirenden, die darin Alles finden werden, worauf sie bei der Untersuchung von Schwangeren und Kreißenden zu achten haben. Selbstverständlich soll und kann der Leitfaden nur ein Unterstützungsmittel des Unterrichts sein und kann das Erlernen der Untersuchung an der Lebenden nicht ersetzen; letzteres ist und bleibt immer die Hauptsache. Wer aber fleißig die Untersuchungsmethode praktisch erlernt, wird von dem Büchlein großen Nutzen haben können. **Hohl** (Bremerhaven).

---

4) **L. Knapp** (Prag). Über puerperale Eklampsie und deren Behandlung.

Berlin, S. **Karger**, 1900.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass noch von keiner Seite auf die auffallende Ähnlichkeit zwischen dem Symptomenkomplexe der Eklampsie und dem der Strychninvergiftung ausdrücklich hingewiesen sei. Handelt es sich aber bei der Strychninvergiftung um ein nach allen Richtungen hin wohl gekanntes toxisches Agens, um ein specifisches Rückenmarksgift, so haben wir es bei der Eklampsie eben mit einem, möglicherweise sogar mit mehreren, vorläufig noch unbekannten Giftstoffen zu thun, welche auch auf das Sensorium eingreifende und nachhaltige Wirkungen ausüben. Auch in der Behandlungsweise beider Erkrankungen findet sich auffallende Übereinstimmung. Die Zahl der Eklampsiefälle ist auch nach dem Materiale der Prager Klinik im Zunehmen begriffen. Auf die statistischen Bemerkungen kann an dieser Stelle nicht genauer eingegangen werden. Interesse beansprucht besonders ein Fall, in dem beim Kinde ähnliche Obduktionsbefunde sich ergaben, wie bei der 20 Stunden nach ihm gestorbenen Mutter. Krämpfe waren während der wenigen Stunden, die das Kind am Leben war, nicht beobachtet.

Was die Therapie anbelangt, so sei nur hervorgehoben, dass K. vor Allem an der Morphiumtherapie festhält; er warnt vor zu kleinen und die Maximaldosis überschreitenden Dosen. Schwere geburtshilfliche Eingriffe sollen nach Möglichkeit vermieden werden. Eine Indikation zum Kaiserschnitte ist durch Eklampsie nicht gegeben. Besonders gut bewähren sich die vor einigen Jahren empfohlenen Kochsalzinfusionen. **Hohl** (Bremerhaven).

---

5) **H. Fehling.** Rede zur Eröffnung des neuen Hörsaales der kgl. Universitätsfrauenklinik zu Halle a/S.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 47.)

F. bespricht in Kürze die Entwicklung des geburtshilflichen Unterrichtes im Allgemeinen und im Besonderen in Halle. Er polemisirt gegen den vom deutschen Ärztetag aufgestellten Satz, dass »die Universitätskliniken sich als unzureichend erwiesen hätten, den angehenden Ärzten eine genügende praktische Ausbildung zu

gewähren«, indem er einen Vergleich zieht zwischen dem Materiale, der Möglichkeit, zu untersuchen und zu operiren vor 50 bezw. 30 Jahren und jetzt. Bezüglich des sog. praktischen Jahres verlangt er, dass, um nicht ein weiteres Überwuchern des Specialistenthumes in Folge desselben herbeizuführen, dies sehr gleichmäßig auf die Ausbildung in den 3 Hauptfächern vertheilt, es aber nicht dem jungen Arzt überlassen werde, wie viel Zeit er dem einzelnen Fach widmen wolle.

Graefe (Halle a/S.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

6) Gynäkologische Gesellschaft zu München.

(Sitzung am 25. Oktober 1899.)

Vorsitzender G. Klein; Schriftführer A. Mueller.

J. A. Amann jr. demonstrirt 1) ein 25 Pfund schweres Cervixmyom, welches sich präperitoneal bis zum Processus ensiformis entwickelt hatte. Es konnte daher ohne Eröffnung das Peritoneum ausgeschält und sein thalerdicker Stiel abgebunden werden. Erst zur Entfernung des Uterus wurde das Peritoneum eröffnet.

2) Einen Fall von Stieltorsion eines Ovariums, bei welchem sich schon eitrig-fibrinöser Belag der Därme vorfand, welcher von einer Sactosalpinx purulenta stammte. Trotzdem verlief die Heilung nach Auswaschung des Abdomens fieberlos.

3) Doppelseitige solide Ovarialtumoren mit Metastasen auf dem Uterus.

G. Klein demonstrirt ein $2^1/_2$jähriges Mädchen mit Ectopia vesicae.

Mirabeau demonstrirt den doppelseitigen Ureterenkatheterimus in vivo mittels des Brenner-Leiter'schen Ureterencystoskopes mit Besprechung der Topographie des Ureters.

Theilhaber demonstrirt einen großen herzförmigen Blasenstein, welcher nicht palpirt werden konnte und nur mit dem Cystoskope erkannt wurde. Er entfernte ihn, da die Zertrümmerung nicht gelang, durch Discision der Harnröhre.

Diskussion: J. A. Amann hält die Eröffnung der Blase von der Scheide aus für richtiger als die Spaltung der Harnröhre.

Theilhaber demonstrirt eine Tubenmole.

Diskussion: Gossmann hält die Spontanheilung der meisten Extra-uteringraviditäten für wahrscheinlich und die Operation für selten nöthig.

J. A. Amann hält die Bezeichnung Tubenmole nicht für richtig.

J. A. Amann und Klein bestreiten die Harmlosigkeit der Extra-uteringravidität und berichten über mehrere tödlich verlaufene Fälle und über Sektionen.

O. Seitz: Primäres Scheidensarkom: Lymphendothelium zur Gruppe der Infiltrationssarkome gehörig mit Riesenzellen. Der Verlauf der Krankheit ist nach Bericht ein schneller.

---

7) Gesellschaft für Geburtshilfe, Gynäkologie und Pädiatrie.

I. Le Gendre: Eitrige Entzündung des Ileosacralgelenkes und Psoasabscess im Spätwochenbett.

Es handelt sich um einen 5 Wochen post partum zur Beobachtung gelangenden großen Abscess des kleinen Beckens, der von der linken Articulatio sacro-iliaca ausgegangen war und den Psoas vollständig durchsetzt hatte. Die Anamnese der Geburt ergab: Extraktion eines 5500 g schweren abnorm großen Kindes, wobei es wahrscheinlich zu einer Dehnung und Entzündung des betreffenden Gelenkes gekommen war. Als Ursache für den ungünstigen Verlauf der Entzündung wird der durch chronische Nephritis bedingte schlechte Allgemeinzustand angesehen.

II. Guinon: Häufigkeit und Formen der Tetanie im Kindesalter.

Von der früher in Frankreich so häufig beobachteten Affektion sieht man heut zu Tage fast gar nichts mehr, während in anderen Ländern die Tetanie keine seltene Erkrankung zu sein scheint.

Der Grund hierfür liegt in der Diagnosenstellung. Dieselbe wird erschwert durch die mannigfaltige Gestalt, in der die Tetanie auftritt, und andererseits ist die Differentialdiagnose oft nicht leicht (Hysterie, Meningitis, Pseudotetanus von Escherich, Eclampsia infantum).

III. Diskussion über die Mittheilung von Potocki: »Über einen Fall von Dystokie, bedingt durch Rigidität des Mutterhalses«.

Wallich demonstrirt ein Präparat einer im weitgehendsten Maße infiltrirten Cervix. W. ist der Ansicht, dass die Rigidität keine primäre anatomische Veränderung, sondern ein Folgezustand einer schweren Geburt, von Inertia uteri und dergl. sei (wofür alle bis jetzt veröffentlichten Fälle sprächen), den man durch richtige Prophylaxe vermeiden könne. Kommt es zur Ruptur, so entsteht ein cirkulärer oder mehrere radiäre Risse.

Therapeutisch sind seitliche Incisionen zu empfehlen.

Auch Vaunier spricht sich für die ungefährlichen seitlichen Incisionen aus und warnt vor der vorschnellen Diagnose: Rigidität der Cervix. Doléris giebt zuerst 1—2 g Chinin und hat davon gute Resultate gesehen. Pinard führt unter der Zustimmung der Versammlung in den Schlussthesen aus: es giebt eine primäre, durch Narbenstruktur oder infiltrirende Neubildungen verursachte Rigidität der Cervix und ferner eine sekundäre, deren Ätiologie Wallich geschildert hat.

Engelmann jun. (Bonn).

---

8) Geburtshilfliche Gesellschaft in Edinburgh.

(Brit. med. journ. 1899 Juli bis 1900 Januar.)

Keppie Paterson zeigt einen Sequester, den er aus der Blase entfernte. Wahrscheinlich lag eine tuberkulöse Erkrankung der Symphyse zu Grunde. Haultain legte vor 1) tuberkulös erkrankte Tuben 2) eine enorme bindegewebige Verdickung der Tunica albuginea, die heftige Beschwerden um die Zeit der Periode hervorgerufen hatte. Ferguson zeigte einen Ovarientumor mit Pyosalpinx auf derselben Seite und Ballantyne einen Fall von fötaler Peritonitis.

McVie (Chirnside) spricht über Schwangerschaft und Rectumcarcinom. Er empfiehlt, wenn es sich, wie in seinem Falle, um ein inoperables Leiden handelt, das Kind durch den Kaiserschnitt oder die gebotene geburtshilfliche Operation zu retten.

Berry Hart unterscheidet außer Blasen- und Fleischmolen fibröse Erkrankungen der Zotten. Die mikroskopischen Präparate zeigen im Inneren der Zotten ein wabiges, fibröses Gewebe mit sehr wenigen zelligen Elementen und fast gar keinen Blutgefäßen. Das Epithel ist meist erhalten, sehr gut sind die Deciduazellen erhalten. Ferner ist eine homogene, bräunliche Masse zu erwähnen, die H. für Fibrin hält. Da Vortr. selbst nicht über die Natur der Erkrankung im Klaren ist, bittet er um eine Aussprache, indem er die Schnitte vorlegt.

Halliday Croom, der zum letzten Male den Vorsitz führt, gedenkt aus der Reihe der verstorbenen Mitglieder namentlich des bejahrten John Moir und der Verdienste Lawson Tait's. Nach Würdigung der Fortschritte, die auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie im laufenden Jahrhundert gemacht wurden, giebt C. das Präsidium an seinen Nachfolger Milne Murray ab.

Brewis spricht hierauf über solide Geschwülste in den Lig. latis. Es handelt sich entweder um Fibromyome oder Sarkome, da Tuberkulose und Carcinome immer nur sekundär an dieser Stelle vorkommen. Myome wurden vor dem 35. Jahre nicht beobachtet, Sarkome auch in früherem Lebensalter. B. hat vor Kurzem ein 15pfündiges Myom aus dem rechten Lig. latum ausgeschält. Der Uterus wurde supra-vaginal auch entfernt und die Wundhöhle nach der Scheide zu trainirt.

Der Ausgang des Tumors hatte vielleicht von dem Bindegewebe und der glatten Muskulatur des breiten Mutterbandes stattgehabt.

Alban Doran wendet sich in einer Zuschrift an die Redaktion des Brit. med. journ. vom 25. Nov. 1899 gegen die Behauptung von Brewis, dass Myome im Lig. latum nicht vor dem 35. Lebensjahre beobachtet wurden und bezieht sich auf seine Ausführungen vor der Ges. f. Geburtshilfe in London, wo er aus der Litteratur unter 34 Krankengeschichten nicht weniger als 6 Pat. (17,6%) erwähnen konnte, die das 30. Lebensjahr nicht erreicht hatten.

Prof. Kynoch (Dundee) spricht über die vaginale Köliotomie. Nach einem geschichtlichen Überblicke stellt K. folgende Indikationen für dieses operative Vorgehen auf: 1) Retroflexion des Uterus. Wenige werden die Nothwendigkeit so häufig wie Berliner Gynäkologen in dieser Ursache finden. 2) Inversionen des Uterus. 3) Chronische Oophoritis mit perimetrischen Verwachsungen. 4) Bei Prolaps des Ovariums für extra-uterine Fruchtsäcke ist wohl im Allgemeinen der Bauchschnitt zu empfehlen, doch kann man bei nicht geplatzten Säcken bis zur 8. oder 10. Woche auch vaginal vorgehen. Mit der Entfernung von Ovariencysten durch das hintere Scheidengewölbe ist K. nicht ganz zufrieden. Bei erkrankten Anhängen würde K. vaginal vorgehen, wenn 1) die Tuben beweglich sind oder 2) adhärente im Douglas liegen. Über die Exstirpation von Myomen fehlen dem Vortr. eigene Erfahrungen. Seltener wird man die vaginale Köliotomie aus folgenden Gründen zu machen haben: 1) zur Abtastung von Drüsen bei Carcinomerkrankungen (empfohlen von Martin), 2) zur Naht von Uterusrissen 3) bei tuberkulösem Ascites.

Milne Murray, der Vorsitzende, berichtet über die Krankengeschichte einer Wöchnerin, der im Wochenbette ein Pyosalpinx entfernt wurde. — Paterson verlor eine mit Herzfehler und sekundärer Lungenerkrankung behaftete Frau bald nach einer spontanen Geburt.

Demonstrationen: durch Milne Murray ein doppelter Uterus mit cystischem Tumor des Ovariums, durch Prof. Simpson ein Anencephalus mit normalen Nieren, die aber scheinbar nicht funktionirt hatten und dessen Blase leer war.

Unter dem Vorsitze von Milne Murray legte Prof. Simpson einige Präparate vor, die von einer Kreißenden stammen, welche mit deutlichen Krepitationsgeräuschen in der linken Unterleibsgegend aufgenommen wurde. Cervix und Vagina waren zerrissen, das Becken war eng; das Kind lebte noch. Durch Kaiserschnitt wurde ein lebendes Kind zu Tage gefördert, das jedoch bald an Fraktur des Stirnbeines, welche durch die Zange bewirkt war, starb. Leider starb auch die Mutter an Sepsis.

Ballantyne demonstrirte ein Teratom, das aus der Bauchhöhle eines 2monatlichen Kindes stammte.

Berry Hart sprach über die Differenzirung des Bindegewebes beim menschlichen Fötus mit Hinblick auf das Wesen der Blasenmolen. Er glaubt, dass Sir F. Semon's Theorie bezüglich der Beziehungen der Schilddrüse zum Myxödem auch auf den Fötus angewendet werden können, dass also die Sekretion der Glandula thyreoidea die Entwicklung des Bindegewebes vom Typus des Schleimgewebes zu dem völlig ausgebildeten Bindegewebstypus bewirke. Die schlechte Gefäßversorgung im Nabelstrange, in den Zotten (bei geringem Alter) und im Glaskörper könne das Sekret nicht in genannte Organe tragen und desshalb bleiben dort Schleimgewebe bestehen.

Vortr. folgert nun, dass die Blasenmole einem akuten Myxödem vergleichbar sei und desshalb nach der Ausstoßung einer Blasenmole Tyreoidintabletten verordnet werden sollten.

Rissmann (Osnabrück).

---

9) Gesellschaft für Geburtshilfe in London.

(Lancet 1899 November bis 1900 Januar.)

Alban Doran präsidirt am 1. November.

Turner berichtet über seine Sektionsbefunde von 27 tuberkulösen weiblichen Individuen hinsichtlich der Genitalorgane. 5mal (18,5%) fanden sich unzweifelhafte tuberkulöse Veränderungen, und zwar waren 1mal die Tuben allein erkrankt, 2mal Tuben und Corpus uteri, 1mal Tuben, Corpus und Cervix uteri und 1mal Tuben, Corpus uteri und Ovarium. In allen 5 Fällen wurden auch im Darmtractus tuberkulöse Veränderungen gefunden. T. glaubt, dass die Infektion der Tuben vom Endometrium aus erfolgte, viel seltener auf dem Blutwege. Das Ovarium findet man selten erkrankt.

Horrocks fragt an, ob die betr. Frauen Beschwerden von Seiten ihrer Geschlechtsorgane zu klagen hatten und berichtet über einen eigenen Fall von Tuberkulose der Cervix, die mit einem Sarkom verwechselt wurde.

Der Vorsitzende giebt an, dass bei der tuberkulösen Salpingitis Bacillen in großen Mengen, Riesenzellen dagegen selten zu finden seien. In chronischen Fällen ist dieses umgekehrt.

Turner antwortet auf Horrocks' Anfrage, dass seines Wissens die Frauen keine Klagen im Leben geäußert haben. Man wird häufig bei Tuberkulösen Erkrankungen der Geschlechtsorgane finden, wenn man nur genau darauf achtet.

Darauf berichtet Hermann über 2 Puerperalfieberkranke, die vielleicht durch das Antistreptokokkenserum geheilt wären.

In der Diskussion sprechen sich die meisten Redner unter Bezugnahme auf die amerikanische Statistik (Amer. journ. of obstetrics) sehr skeptisch über das Serum aus.

Targett demonstrirt am Ende der Sitzung: Salpingitis tuberculosa und Turner einen tuberkulösen Uterus.

Alban Doran präsidirt am 6. December, in welcher Sitzung John Phillips über eine vereiterte Tubengravidität, komplicirt durch eine vereiterte Ovariencyste der anderen Seite, berichtet. Die Periode fehlte 3 Monate, worauf Schmerzen und Blutungen einsetzten. Die Temperatur war erhöht. Bei der Operation fand man aus dem vereiterten Sacke, der geplatzt war, den Fötus einige Centimeter weit hervorragen. Die Pat. genas. Vortr. betont die Wichtigkeit der Blutungen per vaginam bei Extra-uterin-Graviditäten, auf die Cullingworth zuerst hingewiesen hat. Hermann sieht in Phillips' Geschichte wieder einen Beweis dafür, dass abgestorbene Tubenschwangerschaften nicht ohne Gefahren sind. Galabin glaubt dagegen, dass man auf Resorption stets rechnen kann, wenn das Ei nicht über 2 Monate alt ist. Auch Horrocks ist mehr für konservatives Vorgehen.

Der Vorsitzende ist mit Taylor der Ansicht, dass Hämatome der Ligg. lata, auch intraperitoneale Hämatocelen, nicht nur durch extra-uterine Schwangerschaften hervorgerufen würden. Er ist persönlich für die operative Entfernung größerer Tubenmolen. Hierauf trägt Phillips über einen beobachteten Fall vor, in dem man vielleicht eine idiopathische akute Peritonitis neben bestehender Schwangerschaft diagnosticiren könnte. Bei einer sich im 6. Monate der Schwangerschaft befindlichen Frau trat nach einem Stoße gegen den Bauch Erbrechen, Fieber und starker Schmerz auf. Bald traten Wehen auf, die fast keine Beschwerden machten und von kurzer Dauer waren. Man entschloss sich zur Laparotomie und fand allgemeine Peritonitis. Auch bei der später vorgenommenen Sektion konnte eben so wenig wie bei der Operation eine Ursache für die Peritonitis gefunden werden.

Galabin hat in einem ähnlichen dunklen Falle Eiter in der Tube gefunden; vielleicht ist auch die von Phillips behandelte Frau aus gleicher Ursache erkrankt.

Horrocks glaubt, dass das Wort »idiopathisch« in der medicinischen Litteratur nicht mehr verwendet werden sollte. Er fand einmal eine tuberkulöse Peritonitis,

wo die Ärzte auch zu keiner Diagnose hatten kommen können. Phillips hätte eine bakteriologische Untersuchung machen müssen.

Inglis Parson hält es für möglich, dass der Fall, den die Pat. Phillips' erlitten, den Darm geschädigt habe und dass es auf diese Weise den Darmbakterien möglich gewesen sei, in die Peritonealhöhle zu gelangen. Eben so gut wie übrigens eine Pleuritis durch Erkältung entstehen könne, wird auch wohl eine Peritonitis entstehen können.

Amand Routh glaubt, dass das Bacterium coli durch die geschädigte Darmwand gedrungen sei.

Der Vorsitzende führt an, dass eine direkte Infektion des Peritoneums durch das Ostium tubae dann nicht möglich sei, wenn nicht vorher Vagina, Uterus und Tube erkrankt seien. Die puerperale Infektion brauche allerdings nicht ihren Weg durch die Tube zu nehmen.

Folgende Präparate werden demonstrirt:

Vom Vorsitzenden doppelte Hydrosalpinxsäcke ohne Salpingitis, von William Tate ein Sarkom des Ovariums mit centraler Nekrose und Eiterbildung, und ferner ein kalkhaltiges Myom der Cervix, von Blacker ein drüsenhaltiges Myom der Cervix und von Herbert Spencer ein eigenthümlicher Schleimpolyp der Cervix.

Alban Doran präsidirt in der Sitzung am 3. Januar und Herbert Spencer trägt seine Ansichten über die Behandlung der Uterusruptur vor. 4mal tamponirte er mit günstigem Erfolge per vaginam mit Jodoformgaze. Acht weitere Fälle sah er tödlich enden, obwohl 2mal die abdominale Hysterektomie ausgeführt wurde. S. fasst seine Erfahrungen in folgende Sätze zusammen: 1) Die Köliotomie ist selten nothwendig und zwar nur dann, wenn der Fötus ganz oder theilweise in die Bauchhöhle ausgetreten ist. Allgemeine Narkose ist zu vermeiden, die Bauchhöhle soll mit Kochsalzlösung ausgespült werden und wenn möglich ist die Naht des Risses zu machen oder, wo das nicht möglich ist, nach unten oder oben zu trainiren, 2) sind die Ligg. stark beschädigt, so sollte man die vaginale Hysterektomie ausführen 3) die meisten vollkommenen Rupturen sind durch Tamponade mit Jodoformgaze per vaginam zu behandeln.

Peter Horrocks schreibt die in den letzten Jahren günstigeren Erfolge bei Rupturen nicht allein der Tamponade zu, sondern der aseptischen Geburtsleitung. Zuweilen hat H. durch Nähte die Ränder des Risses etwas näher an einander gebracht und dann tamponirt. Einige Male hat er mit Jodtinktur gespült. Die Gaze entfernt er schon nach 12 Stunden. Hermann hält das Vorgehen Horrocks' für nutzlos. In Fällen, die für die Tamponade ungeeignet sind, giebt die vaginale Hysterektomie die besten Chancen.

Lewers hat in letzter Zeit, um Jodoformvergiftungen zu vermeiden, Carbolgaze verwendet.

Der Präsident weist darauf hin, dass Jodoform einen schnellen Puls hervorruft, und deshalb Sepsis vortäuschen kann und verwirft desshalb jedes Antisepticum. Im Schlusswort betont Herbert Spencer nochmals seine Absicht, auf die Gefahren der Laparotomie bei Uterusrupturen hinweisen zu wollen. Eine theilweise Vernähung des Risses hält er mit Hermann für nutzlos. Verwerflich ist es, ein solch irritirendes Mittel wie Jodtinktur in die Bauchhöhle zu bringen. Die Tamponade kann 6 Tage und länger liegen bleiben. Wenn man sterile Gaze zur Tamponade verwendet, so ist zu fürchten, dass dieselbe nicht lange genug aseptisch in der Vagina bleibt.

Folgende Präparate werden vorgelegt:

Von Dr. Eden 1) ein Uterusadenom und 2) Stücke, die aus einem Uterus ausgetrieben waren.

Vom Präsidenten 1) (für Dr. Pawlík-Prag) Photographie von einem primären Tubencarcinom, 2) ein macerirter, durch Bauchschnitt erhaltener Fötus.

Von Malcolm: doppelseitige Pyosalpinxsäcke, die mit einander kommunicirten.

Bissmann (Osnabrück).

---

10) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Nordengland.

(Lancet 1899 November und December.)

Dr. A. Donald führt den Vorsitz und Stuart Ross legt einen retroflektirten, graviden Uterus vor, der den Tod der Trägerin an Urämie veranlasste. Die Urinretention bestand eine Woche lang. Bei der Katheterisation entleerten sich über 3 Liter eines sehr übel riechenden, ammoniakalischen Urins. Die Reposition des Uterus gelang darauf, doch trat der Tod 2 Tage später ein.

Grimsdale berichtet über eine Ureteren-Scheidenfistel, die nach einer vaginalen Hysterektomie entstanden war. Bei der Probelaparotomie fand man, dass die Fistel in eine Abscesshöhle des breiten Mutterbandes führte und der Ureter im oberen Ende der Höhle einmündete. Die Pat. starb an Urämie, ehe weitere operative Maßnahmen erwogen wurden.

Buckley demonstrirte ein Präparat von tubarem Abort; die Frau hatte auf der anderen Seite eine Parovarialcyste.

Davies berichtete über eine wegen Stieltorsion 14 Tage nach einer Geburt vorgenommene Ovariotomie.

Gemmell hat durch Bauchschnitt einen bläschenförmigen Netztumor entfernt, der, bei einer Geburt im Douglas liegend, ein Geburtshindernis abgab, bis es gelang, den Tumor nach oben zu schieben.

William Alexander empfiehlt auch bei fixirtem retroflektirtem Uterus die runden Mutterbänder auf gewöhnliche Weise zu verkürzen, nachdem man zuvor vom hinteren Scheidengewölbe die Verwachsungen gelöst hat. Er berichtet über 3 Heilungen.

Unter dem Vorsitze von Archibald Donald demonstrirte Martin ein gestieltes, subperitoneales Myom und Sinclair einen macerirten, ausgetragenen Fötus, der frei in der Bauchhöhle, scheinbar ohne Amnionsack, gelegen hatte.

Arthur Helme zeigte einen äußerst hypertrophischen Uterus, der prolabirt gewesen war. Er empfiehlt die Totalexstirpation und wenn eine Cystocele vorhanden war, die Faltung der Blase. In einer 2. Sitzung wird eine Dammplastik gemacht. Auch durch eine Ventrofixation mit Dammplastik lässt sich Heilung in solchen Fällen erzielen.

Lea will auch Tuben und Ovarien in ähnlichen Fällen entfernt wissen, da dieselben Beschwerden machen.

Walls legt ein Präparat von doppelten Ovarialabscessen vor, das er durch die vaginale Radikaloperation erhalten hatte. Die Tuben enthielten Eiter, doch waren die abdominalen Öffnungen derselben nicht verschlossen.

Der Vorsitzende beschreibt einen Tumor der Nebenniere, der Kindskopfgröße erreicht hatte. Die Diagnose schwankte zwischen Ovariencyste und Nierentumor. Die Cyste lag unmittelbar neben der linken Niere, die normal war. Auf dem Durchschnitte sah man innerhalb von fibrösen Septen, die vielseitige Zellen, ähnlich der »Zona glomerulosa« der normalen Nebennierenkapsel, enthielten, Blutmassen liegen. Ferner beschreibt der Vorsitzende ein Cystosarkom der linken Ileosacralgelenksgegend, das gar keine Beziehungen zu den Genitalien hatte. Auch in diesem Falle war es nicht möglich gewesen, die richtige Diagnose zu stellen.

Rissmann (Osnabrück).

Myome.

11) A. Döderlein (Tübingen). 90 Totalexstirpationen wegen Myoma uteri.

(Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

Die Totalexstirpation des myomatösen Uterus tritt mehr und mehr in Konkurrenz mit den Methoden der supravaginalen Amputation. Es wurden von D. total exstirpirt 33 myomatöse Uteri per vaginam, alle geheilt; 31 per laparotomiam, 1 †; 26 kombinirt

per vaginam et laparotomiam, alle geheilt. Die Blutstillung mit Klammern hat D. besonders bei schwierigen Fällen immer mehr schätzen gelernt. Er hat im Ganzen 165 vaginale Exstirpationen des Uterus gemacht, davon 57 nur mit Ligaturen, 80 nur mit Klammern, 16 gemischt und 12 vermittels der Angiothrypsie. Die 113 nicht wegen Carcinom operirten Frauen sind alle geheilt. Bezüglich der Technik sei nur erwähnt, dass sich dieselbe eng an die bewährten Lehren Doyen's und Landau's anschließt. Nach beendigter Ligamentversorgung stellt D., der auf dem Stelzner'schen Tische operirt, starke Beckenhochlagerung her, wodurch alle Därme vom Wundgebiete weg nach oben gleiten und eine vorzügliche Übersicht gewährt wird. Die bekannten Nachtheile der Dauerklammern sind nun in Wegfall gekommen, seit D. das Instrument von Doyen-Thumim verwendet. Er spricht sich sehr günstig über dasselbe aus; hat aber hin und wieder ein Aufgeben der Eversfurche gesehen, das zu Umstechungen zwang. Nach seinen Erfahrungen räth D. eher zu einer Einschränkung des Morcellements. Er hat es trotz dieses Verfahrens 5mal erlebt, dass das Nichtgelingen der vaginalen Entwicklung ihn noch zu einer Laparotomie zwang. Die Technik der Totalexstirpation nur per laparotomiam schließt sich ebenfalls an die von Doyen angegebene an. Blasenverletzungen und Ureterenunterbindungen sind die sehr eindringlichen Gefahren dieser Methode. In einem Falle hat D. sogar beide Ureteren abgeklemmt, als stärkere Blutungen aus einem Myombette im Beckenbindegewebe ihn noch zur Anlegung von Klammern veranlassten. Diese Gefahren können leicht vermieden werden, wenn man kombinirt operirt: erst vaginale Umschneidung der Portio, Abschieben von Blase und Ureteren, Eröffnung des Douglas und Anlegung zweier Klemmen an die Basis der Ligamenta lata. Wenn dann die Köliotomie gemacht ist, bleibt nichts weiter zu thun übrig, als die Ligamente rechts und links in kleinen Partien abzubinden und durch eine fortlaufende Peritonealnaht die Bauchhöhle gegen die Scheide abzuschließen. D. betont jedoch, dass nicht alle Fälle sich nach einer Schablone operiren lassen, sondern dass gerade bei der Myomotomie das Individualisiren oft nothwendig ist.

Flatau (Nürnberg).

12) **Morgue** (Lyon). Fibrom des Uterus, Hysterectomia totalis abdominalis.

(Lyon méd. 1899. Oktober 1.)

Der Tumor, $5^1/_2$ kg schwer, wird von M. in der Société des sciences méd. de Lyon demonstrirt und ist interessant, als durchaus aus mächtigen Teleangiektasien bestehend, wie ein mit Blut sattgesogener Schwamm. Goullioud operirte, er trennt die Scheide zwischen zwei Kocher'schen Klammern mit dem Thermokauter ab.

Zeiss (Erfurt).

13) **Villard** (Lyon). Abdominale Hysterektomie bei Uterusfibromen.

(Lyon méd. 1899. Juli 2.)

V. demonstrirt in der Société des sciences méd. 6 von ihm in toto per laparotomiam entfernte Uteri mit kurzer Krankengeschichte und Operationsverfahren. 5 kamen glatt durch, bei der einen, Collumcarcinom und Uterusfibrom, scheint Exitus eingetreten zu sein. Den Hauptwerth besitzen für ihn gute Peritoneallappen und gute Naht. 1mal sah er Emphysem der Bauchdecken und tamponirt seitdem die Scheide fester.

Zeiss (Erfurt).

14) **Ricard.** Behandlung der Fibrome.

(Gaz. des hôpitaux 1898. No. 83.)

R. theilt die Myome entsprechend ihrem Sitze in verschiedene Arten ein. Hiernach unterscheidet er, vom therapeutischen Gesichtspunkte ausgehend, Myome, die nicht operirt werden dürfen, Myome, die man operiren darf und endlich Myome die operirt werden müssen. Jedes Kapitel enthält genaue Vorschriften, wie wir uns bei der Behandlung der Myome zu verhalten haben.

R. Biermer (Wiesbaden).

15) **Vautrin** und **Schuhl** (Nancy). Über totale abdominale Myomektomie während der Geburt.

(Obstétrique 1899. No. 2.)

Es wird ein hierher gehöriger Fall mitgetheilt, der durch 2 Abbildungen illustrirt wird.

Trotzdem die Natur sich am Ende der Schwangerschaft oft außerordentlich zu helfen weiß, so ist doch der dabei auftretenden Gefahren wegen (Tod der Frucht, lange Geburtsdauer und daraus resultirende Infektionsgefahr, Erschöpfung der Gebärenden etc.) ein mehr aktiver, chirurgischer Standpunkt angezeigt.

Die Verff. sind für die totale Exstirpation des schwangeren fibromatösen Uterus.

Weitere hierher gehörige Fälle wurden von Varnier und Delbet mitgetheilt, und zwar deren 3; Mouchet veröffentlichte einen Fall im Jahre 1897. Die 5 totalen abdominalen Hysterektomien während der Geburt weisen 4 Heilungen und 1 Misserfolg auf.

(In der Arbeit von V. und S. wird der Todesfall als Prof. Fritsch zugehörig vermerkt; nach brieflicher Mittheilung von letzterer Seite kann ich jedoch versichern, dass ein Irrthum vorliegen muss. Fritsch hat einen glücklich verlaufenen Fall [ohne Eklampsie] publicirt. Ref.) **Beuttner** (Genf).

16) **Delassus.** Hysterectomie abdominale totale pour fibrome utérin.

(Semaine gynécol. 1899. No. 39.)

D. operirte eine seit 12 Jahren kinderlos verheirathete Frau bei Diagnose sehr großen Uterusmyoms, das fast bis an den rechten Rippenbogen reicht. Leibumfang größer als am Schwangerschaftsende. In der linken Hälfte des Unterleibes Fluktuation im Tumor, so dass cystische Degeneration des Myoms erwartet wird. Angesichts stetigen Wachsthums des Tumors Bauchschnitt Behufs Entfernung. Es wurde der Uterus in toto exstirpirt mit Vernähung der Scheidenwunde und symperitonealer Überdachung der parametranen Wunden. Glatte Heilung. Zur größten Überraschung wurde bei der Hysterektomie eine lebende, etwa $8^1/_2$monatliche Frucht entwickelt, die auch am Leben blieb und gedeiht. Das kolossale Fibromyom gehörte der vorderen Uteruswand an, die Placenta saß an der hinteren Uteruswand. Die anterolaterale rechtsseitige Portion des als Tumor angesprochenen Gebildes war das Fibromyom, die retrolaterale linksseitige Portion war der schwangere Uterus, der, Fluktuation aufweisend, eine cystische Bildung an dem Fibromyome vorgetäuscht hatte. Überraschend war das Ergebnis der Operation, da Niemand an Schwangerschaft gedacht hatte, weder die Kranke selbst, welche erst hinterher angab, sie habe wohl etwas wie Kindsbewegungen gefühlt, noch die 4 Ärzte, welche die Pat. untersucht hatten. Tumor und Beschwerden seit 1 Jahre, keine äußeren Schwangerschaftszeichen bemerkt, Periode angeblich erst seit 3 Monaten ausgeblieben, obgleich die Frucht etwa $8^1/_2$ Monate zählte. Die Frau genas. Sehr lehrreiche Beobachtung, welche darauf hinweist, man soll bei jeder Vergrößerung resp. Verdacht auf einen Uterustumor zunächst an Schwangerschaft denken bei der Differentialdiagnose. **F. Neugebauer** (Warschau).

17) **Monprofit** (Angers). Abdominale totale Hysterektomie wegen Fibromen und Gravidität.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1899. No. 3.)

Es werden 2 Fälle ausführlich mitgetheilt und durch 2 instruktive Abbildungen illustrirt, in denen Fibrome im Vordergrunde des Interesses sich befanden. Die Schwangerschaft, im 1. Falle als wahrscheinlich, im 2. Falle als nicht unmöglich diagnosticirt, kam als weiteres, mehr sekundäres, komplicirendes Moment hinzu.

Bezüglich der Operationsweise handelt es sich nicht darum, den Tumor schnell zu entfernen, sondern die ganze Operation überhaupt schnell und sicher zu Ende zu führen. Am häufigsten wird die Portio durch das hintere Scheidengewölbe (nach Doyen) herausgezogen; jedoch wird der Douglas vom Abdomen her incidirt und nicht von der Vagina her; genauer Schluss der Scheide und des Peritoneums.

Drainage wird außerordentlich selten in Anwendung gezogen. Man darf natürlich nur dann chirurgisch einschreiten, wenn das Leben der Mutter in Gefahr ist. Die abdominale totale Hysterektomie wird durch die Anwesenheit einer Schwangerschaft eher erleichtert, jedenfalls nicht erschwert. **Beuttner** (Genf).

18) O. Engström (Helsingfors). Beobachtungen von Uterusmyom bei 2 oder 3 Schwestern.

(Mittheilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Engström Bd. III. Hft. 1.) Berlin, S. Karger, 1899.

Beobachtungen von Uterusmyom bei Schwestern oder bei Mutter und Tochter sind nicht oft gemacht worden. Gleichwohl ist es wahrscheinlich, dass diese Neubildung viel häufiger bei so nahe Verwandten vorkommt. Verf. selbst konnte in den letzten Jahren unter 530 Myomkranken zahlreiche Erfahrungen über das Vorkommen von Myom bei nahe Verwandten sammeln. Er theilt 13 Gruppen dieser Art mit. **Hohl** (Bremerhaven).

19) Vautrin. Über Nekrose interstitieller Uterusfibrome.

(Ann. de gynécol. 1898. August.)

V. beschäftigt sich hauptsächlich mit der Pathogenese und dem klinischen Verlaufe von nekrotischen, in der Uteruswandung eingeschlossenen Fibromen. Er ist der Ansicht, dass die Vaskularisation die Hauptrolle spielt bei der Entwicklung der Fibrome, und dass das vollständige Fehlen der Vakularisation im Stande ist, Nekrose zu erzeugen, also durch reine Ischämie, unabhängig von jeder Infektion, durch welche öfters die Nekrose entsteht. V. beschreibt einen solchen Fall, den er selbst genau beobachtet hat. Diese Ischämie in einem solchen Fibromyom wird häuptsächlich durch 2 Faktoren begünstigt und zwar durch die fibröse Degeneration und durch Uteruskontraktionen.

Was die Indikationen zu einem Eingriffe betrifft, so ist es nicht leicht, solche festzustellen. Ein zu langes Abwarten kann die Kranke leicht der Gefahr der Septikämie aussetzen, die spontane Entleerung kann nach außen und nach innen stattfinden. Die septische Nekrose der interstitiellen Fibrome stellt eine um so schwerere Komplikation dar, als sie stets erst spät erkannt wird. Trotz schon länger bestehenden Eiterungen und septikämischen Erscheinungen soll man noch operiren, wenn die Kranke noch eine genügende Widerstandskraft bietet, um eine längere Operation aushalten zu können. Die Wahl der Operation hängt von dem einzelnen Falle ab; Verf. hat auch in einem Falle von schon bestehender septischer Nekrose mit Erfolg die abdominale Hysterektomie ausgeführt. Bei eintretender aseptischer Nekrobiose eines interstitiellen Fibroms muss stets die Hysterektomie ausgeführt werden; man wählt den vaginalen Weg, wenn der Tumor noch klein ist; doch ist Verf. in Anbetracht der Erweichung der Geschwulst, welche ein Morcellement schwierig machen kann, mehr dafür, den abdominalen Weg zu wählen. Da der nekrotische Herd sekundär inficirt sein kann, so soll man möglichst eine Eröffnung während der Operation vermeiden. Das Wichtigste ist, frühzeitig die Gegenwart eines nekrotisch werdenden Fibroms zu erkennen, da die Diagnose schwierig ist und nur aus allgemeinen Symptomen und solchen lokaler Art, wie dies Verf. auch genauer angegeben, gestellt werden kann.

Odenthal (Bonn).

20) Godart. Degeneration der Uterusmyome.

(Policlinique 1899. No. 17.)

Nach Schilderung der bekannten Veränderungen, welche die Myome erleiden können, berichtet G. von einer Frau, bei der ein anscheinend gewöhnliches submuköses Myom entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab sarkomatöse Entartung und es wurde daher der Pat. die Totalexstirpation des Uterus vorgeschlagen, die sie aber ablehnte, weil sie sich nach der Operation gut erholt hatte. Als aber 4 Wochen später die Blutungen wiederkehrten, unterwarf sie sich

dem Eingriffe und die Untersuchung der herausgenommenen Gebärmutter ergab nun deutlich, dass die Sarkomentwicklung an der früheren Ansatzstelle des Myoms schon auf die Uteruswand übergegangen war. Die Frau ist seitdem gesund. Der Fall zeigt, wie nothwendig die mikroskopische Untersuchung auch der harmlos aussehenden Uteruspolypen ist. **Witthauer** (Halle a/S.).

21) **Sippel.** Die Kastration bei Myom.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 259. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

20mal hat S. die Kastration bei Myom ohne Todesfall ausgeführt, aber bei 2 Frauen gelang es nicht, das zweite Ovarium ganz zu entfernen und desshalb blieb bei ihnen auch der Erfolg aus. Auch bei 3 weiteren Fällen wurde kein Erfolg erzielt, dagegen war er in allen übrigen 15 Fällen sowohl bezüglich der Blutungen, als der Schrumpfung der Myome ein vollkommener und dauernder. Es ist wahrscheinlich, dass auch bei den 3 letztgenannten unbefriedigenden Operationen die Ursache in unvollständiger Entfernung der Ovarien zu suchen ist, weil diese in festen Verwachsungen eingebettet lagen und sich nicht stielen ließen. Wo also auch nur ein Rest Ovarialgewebe stehen bleibt, ist der Erfolg nicht zu erwarten, denn wo Ovulation, da Menstruation; wo Alles entfernt ist, ist die Operation von einem Aufhören jeglicher menstrueller Blutung und meist von einer baldigen und oft recht erheblichen Schrumpfung der Geschwulst gefolgt. Die Operation ist indicirt bei allen nicht gestielten Formen der Myome, ungeeignet bei gestielten und degenerirten. Man darf sich desshalb vor der Eröffnung der Bauchhöhle der Pat. gegenüber nicht die Hände binden. Der seltene Fall einer späteren malignen Entartung eines zurückgelassenen Myoms darf in Betracht gezogen werden. Bedenklich ist nach der Operation die Gefahr der Embolie, die Verf. 2mal erlebte, die man aber durch Einhaltung der Beckenhochlagerung einige Tage nach der Operation vermeiden kann, weil durch die Elevation der Beckenvenen gegen das Herz ein Ausfließen des Blutes centralwärts erreicht wird. Eine drohende Embolie kann man ja auch durch das Mahler'sche Zeichen der Pulsbeschleunigung erkennen.

Kontraindicirt ist die Operation auch da, wo sich die Myome ausschälen lassen und die Pat. eine Sterilisirung nicht wünscht, ferner in den Fällen, wo eine vaginale Totalexstirpation des myomatösen Uterus leicht möglich erscheint. In den Fällen wo man die Ovarien nicht sicher ganz entfernen kann, ist auch die abdominelle Totalexstirpation nöthig. **Witthauer** (Halle a/S.).

22) **O. Kipper.** 2 Fälle von Drüsenentwicklung in Myomen.

Inaug.-Diss., Tübingen, 1899.

In der Litteratur 70 Fälle. Über die Ätiologie bestehen noch Meinungsverschiedenheiten. Betreffend der Herkunft des Drüsengewebes in seinen beiden Fällen will der Verf. nicht mit Bestimmtheit entscheiden, ob dasselbe der Uterusmucosa (»Schleimhauttheorie«) oder dem Wolff'schen Körper (»Urnierentheorie« von v. Recklinghausen) oder ev. (in dem einen Falle) beiden seine Entstehung verdankt. **Engelmann jun.** (Bonn).

23) **H. Martin** (Chicago). Unterbindung der Ligg. lata von der Scheide aus bei Uterusfibromen.

(Ann. de gynécol. 1898. No. 4.)

Verf. hat die Methode zuerst angewandt und veröffentlicht Mitte September 1892 (zu derselben Zeit, wo Gottschalk auf dem Kongresse zu Brüssel über 2 Fälle berichtete). M. will jedoch seine Operationsmethode nicht auf gleiche Stufe gestellt wissen mit diesem Verfahren und dem von Walter Dorsett (St. Louis).

Während diese Autoren sich nur auf die Unterbindung der beiden Arteria uterina beschränken, unterbindet Verf. in allen Fällen die ganze Basis des Lig. latum, um nicht allein den Hauptstamm, sondern auch die Kollateralen der Uteri zu unterbinden und auch die Reflexthähtigkeit der Nerven auszuschalten. In hartnäckigeren Fällen wurde auch das ganze Ligament einer Seite unterbunden, mit oder ohne Eröffnung des Peritoneums.

Die Ausführung ist eine einfache: Eröffnung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes, Ablösung der Blase, Unterbindung mit Deschamp.

M. hält die interstitiellen Fibrome von mäßigem Umfange für die geeignetsten Fälle; die subserösen und die gestielten Fibrome können weniger günstig beeinflusst werden.

Als eine andere günstig zu behandelnde Klasse von Fällen bezeichnet er diejenigen, wo die betreffenden Kranken dem Klimakterium nahe sind. Man will dieselben nicht mehr den Gefahren einer Radikaloperation aussetzen, da die Beschwerden im Klimakterium doch wohl aufhören würden. Andererseits kann man aber den sehr schwächenden und oft bedrohlichen Blutverlusten durch diese einfache ungefährliche Operation vorbeugen. Unter diese Kategorien gehören dann ferner auch noch die Fälle, wo man wegen zu großer Schwäche der Pat. es nicht wagen würde, einen größeren Eingriff zu machen. **Odenthal** (Bonn).

24) **F. Thiele.** Ein Fall von Fibromyom der hinteren Muttermundslippe.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

Der Tumor täuschte durch gleichzeitiges Wachsthum in die Scheide und den Douglas hinein 2 Geschwülste vor. Unschwere Exstirpation des Tumors. In der Litteratur nur 3 ähnliche Fälle. **Engelmann jun.** (Bonn).

Puerperium.

25) **Huber** (Leipzig). Zur Prophylaxe der Neuritis puerperalis.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 4.)

Im Anschlusse an einen Vortrag Windscheid's warnt H. vor überflüssigem und rohem Manipuliren unter der Geburt, das zu Druckverletzungen und Infektion führe, den häufigsten Ursachen der Neuritis. Ein wichtiges Hilfsmittel sei die Narkose, die den Muskeldruck aufhebt und die in der Praxis öftere Anwendung verdiene. In der Gravidität werde auch mehr durch den Helfer, als die Schwangere selbst die Infektion verschuldet. **Roesing** (Hamburg).

26) **J. C. Diehl.** Über Purpura in puerperio.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 2.)

Eine 36jährige Frau, die spontan 6 ausgetragene Kinder geboren hatte, abortirte im V. Monate einer erneuten Schwangerschaft. Einige Stunden nach beendetem Aborte zeigten sich in der Gegend des Nabels und am Stamme mehrere schmerzhafte blaue, etwa fünfmarkstückgroße Verfärbungen der Haut. Die Pat. wurde in die Veit'sche Klinik eingeliefert.

Über den ganzen Körper zerstreut fanden sich zahlreiche blauschwarze, in der Größe sehr wechselnde Hautflecke, die über das Niveau der Umgebung etwas hervorragten, eine harte Konsistenz zeigten und bei der Betastung schmerzten. Eben so verfärbt und ödematös waren die äußeren Genitalien, Puls sehr frequent, klein, etwas Ascites, im Harn hyaline Cylinder, weiße und rothe Blutkörperchen, die übrigen Organe ohne nachweisbare Veränderung. Excision eines Hautstückes und Entnahme von Blut zur mikroskopischen und bakteriellen Untersuchung, keine besonders starke Blutung nach diesen Eingriffen.

Unter Vergrößerung der alten und Entwicklung von neuen Flecken Exitus nach 3 Tagen in komatösem Zustande, niemals febrile Temperatursteigerung!

Die Haut des Rückens und des Kopfes der Frucht zeigte ebenfalls zahlreiche punktförmige Hämorrhagieen.

Bei der Sektion der Mutter wurden ausgedehnte Blutergüsse in dem Gewebe der Dura, unter dem Perioste des Rückenmarkkanals, in dem Bindegewebe um die Aorta, im Zwerchfelle und besonders stark in der Vaginal- und Cervicalwand

nachgewiesen. Außerdem Cystitis haemorrhagica mit beginnender Geschwürsbildung, nirgend wo Zeichen einer Entzündung!

Beim Fötus waren die verschiedensten Organe mit Hämorrhagien durchsetzt, für Syphilis fand sich kein Anhaltspunkt.

Die Untersuchung der mütterlichen und kindlichen Organe auf Mikroorganismen ergab ein negatives Resultat.

Der Verf. widmet die Ätiologie der Purpura mit Berücksichtigung der sämmtlichen in der Litteratur mitgetheilten Fälle einer eingehenden Besprechung. Fast alle Fälle von Purpura sind symptomatischer Natur, die idiopathische Purpura ist außerordentlich selten und beruht vielleicht auf einer Affektion des Sympathicus.

Die Schwangerschaft beeinflusst die Erkrankung an Purpura in so fern, als durch sie die Prognose der Krankheit bedeutend verschlechtert wird, während die Purpura ihrerseits fast immer zur vorzeitigen Unterbrechung der Gravidität und Ausstoßung einer lebenden oder frisch faultodten Frucht führt.

Abgesehen von diesem Falle ist kaum ein anderer in der Litteratur bekannt geworden, in dem der Morbus maculosus von der Mutter auf die Frucht übergegangen wäre. Wahrscheinlich beruht dies darauf, dass die Frucht gewöhnlich schon abstirbt, bevor es zur Ausbildung von Hauthämorrhagien hat kommen können.

Scheunemann (Breslau).

27) **A. Caselli** (Genua). Experimentelle und bakteriologische Untersuchungen über das Puerperalfieber.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde Bd. XXV. Hft. 1.)

Die an Kaninchen angestellten Versuche ergaben, dass 1) Streptokokken von bedeutender Virulenz von einer Wunde der leeren Gebärmutter aus den Tod des Thieres bewirkten;

2) bewirkte die Einverleibung derselben Mikroorganismen in die trächtige Gebärmutter sowohl eine Unterbrechung der Schwangerschaft als auch den Tod der Versuchsthiere;

3) Von Schleimhautwunden der Scheide erfolgten schnell tödliche Erkrankungen.

4) Die Streptokokken behielten in der Scheide der Thiere lange Zeit ihre Virulenz, so dass in einem Falle noch 45 Tage nach ihrer Einverleibung durch die anläßlich der Geburt entstandenen Schleimhautwunden Infektion und der Tod des Thieres erfolgte. **Gläser** (Danzig).

28) **Jones** (New York). Die Anwendung der Credé'schen Silbersalbe bei Puerperalfieber. (Vortrag in New York academy of medicine, section on obstetrics, 26. Januar 1899.)

(Med. record 1899. Februar 11.)

J. berichtet über einen schweren Fall von Puerperalfieber, in welchem mehrfache energische Einreibung von Credé's Silbersalbe in die Haut der Innenfläche der Schenkel anscheinend einen vorzüglichen Heilerfolg hatte. Diese Mittheilung erregt eine Diskussion, indem Vineberg (New York) gegen die Anwendung der Salbe und ähnlicher Mittel sich ausspricht und verlangt, dass der Uterus bei Puerperalfieber ganz allein nach chirurgischen Grundsätzen zu behandeln sei, nöthigenfalls mit Exstirpation. Boldt hat die Salbe in schweren Fällen völlig versagen sehen, doch spricht er ihr in leichten Fällen gute Wirkung zu. Mundé warnt vor zu großer Ausdehnung der Grundsätze Vineberg's und wird es mit Freuden begrüßen, wenn ein Mittel gefunden würde, das ähnlich einem Antitoxin wirke. Marx hält jedenfalls für wünschenswerth, dass noch weitere Versuche mit Credé's Behandlung gemacht würden, wo sich nicht sicher eine bestimmte Veranlassung für die Infektionserscheinungen findet, die einer chirurgischen Behandlung zugängig ist. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

29) **F. C. Wood** (New York). Puerperalinfektion durch den Bacillus aërogenes capsulatus.

(Med. record 1899. April 15.)

Eine Schwangere wurde dem Krankenhause in einem Zustande schwerer Sepsis zugeführt, der Urin enthielt sehr viel Eiweiß und Cylinder. Es wurde die künstliche Frühgeburt durch Einführen eines elastischen Katheters eingeleitet und nach 24 Stunden erfolgte die Geburt eines todten, aber nicht macerirten Fötus von 6 Monaten, darauf starke Blutung und Abtasten der Gebärmutterhöhle zur Entfernung von Eiresten. Unter Zunahme der septischen Erscheinungen erfolgte 3 Tage darauf der Tod, der Leib war sehr aufgetrieben und der Wochenfluss höchst übelriechend gefunden. Bei der Sektion fanden sich in allen Organen sehr zahlreiche Gasblasen, auch die Haut war emphysematös. Namentlich in Leber und Nieren waren die Gasblasen von einem rothen Entzündungsherde umgeben, was W. als Zeichen dafür deutet, dass sie sich bereits während des Lebens gebildet haben müssten. Ausstrichpräparate aus dem Uterus zeigten enorme Mengen des Bacillus aërogenes capsulatus nebst einigen Streptokokken und Bacterium coli, Präparate aus den anderen Organen aber nur den ersteren. Auch in der Kopfhaut des Fötus wurde derselbe Bacillus aërogenes capsulatus in großer Zahl gefunden, was gleichfalls für Infektion der Mutter vor dem Tode, vielleicht von der Frucht aus, zu sprechen scheint. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

30) **Bonamy.** Über Uterusexstirpation bei akuter puerperaler Infektion.

Inaug.-Diss., Paris, 1899.

B. resumirt folgendermaßen: So wie die Infektion die Mucosa überschritten hat, versagen die gebräuchlichen Maßnahmen und nur die Entfernung der Gebärmutter verspricht Erfolg. Vorher müssen alle übrigen Maßnahmen angewandt und unwirksam geblieben sein. Septische Peritonitis gilt als besonders dringende Indikation, die Laparotomie giebt die Möglichkeit der Drainage. Allgemein-Infektion verbietet jeden chirurgischen Eingriff. Der vaginale Weg ist für alle Phasen der Gravidität beschreitbar und weniger gefährlich als die Laparotomie. Letztere wird für bestimmte Fälle am Ende der Schwangerschaft reservirt. Es ist dann stets die abdominale Totalexstirpation, wie die Porro'sche Operation zu machen. **Stoeckel** (Bonn).

31) **J. M. M. Kerr** (Glasgow). Der Bacillus coli communis in der puerperalen Sepsis.

(Glasgow med. journ. 1899. September.)

Verf. theilt 2 Fälle mit, von denen der eine, eine leichte puerperale Endometritis, unter geeigneter Therapie rasch heilte, der andere (Placenta praevia, Fußlage, Extraktion) als schwere Sepsis mit Diarrhöen am 10. Tage starb. In beiden ergab das Cervixsekret reine Bacillus coli communis-Kulturen. In 75 bakteriologisch geprüften Fällen von Fieber im Puerperium, die der Verf. der Litteratur entnahm, wurde 10mal, d. h. in 18%, Bacillus coli communis gefunden, und zwar in 8% die Infektion eine pure, in 10% eine gemischte. Die Mischinfektion mit Streptokokken schien besonders virulent zu sein. Der Verlauf bei alleinigem Vorhandensein von Bacillus coli communis war in der Regel schleichend; Abdominalschmerz fehlt gewöhnlich. Starker Fötor der Lochien mit Diarrhöe sind verdächtig auf den Bacillus coli. Ob einst eine specielle Therapie für diese Fälle gefunden werden wird, ist vorläufig gar nicht zu sagen; die Serumtherapie scheint im Stiche zu lassen. **Zeiss** (Erfurt).

32) **F. Monin** (Lyon). Einige Überlegungen zur Dauer der Bettlage nach der Geburt.

(Lyon med. 1899. März 26.)

Bei der Durchmusterung der hierher gehörigen Litteratur sind die letzten deutschen Meinungsäußerungen über die Frage nicht berücksichtigt. M. kommt

auch zu der Überzeugung, dass Aufstellung einer festen Regel hierfür absolut unangängig ist, dass wie überall in der Praxis besonders hier der Arzt individualisiren müsse, und zwar so gut im Entbindungshause wie in der Stadtpraxis. Das Milieu, aus dem die Entbundene stamme, ist nicht das Einzige, was berücksichtigt werden muss, auch das, was die aus dem Bett entlassene Wöchnerin dann vermöge ihrer socialen Stellung thun müsse, oder vermöge ihrer Charakteranlage voraussichtlich thun werde, d. h. etwaige Dummheiten und Unvorsichtigkeiten. Auch die Besonderheiten an sich verböten die Aufstellung einer bestimmten Grenze zwischen richtig und falsch, nöthig und schädlich; so die Beschaffenheit der Bauchdecken, der Uterusmuskulatur, Stellung der Leber und Nieren, Zustand des Perineums und dgl. **Zeiss** (Erfurt).

Verschiedenes.

33) **Rosenstein** (Breslau). Myom und Gravidität.
(Zeitschrift für praktische Ärzte 1899. Nr. 13.)

R. berührt zunächst die zur Zeit herrschenden Ansichten über die Beziehungen zwischen Myom und Konceptionsfähigkeit resp. Sterilität. Unter seinen eigenen Fällen finden sich 2 Iparae über 40 Jahre; er erklärt solche Fälle durch das in Folge der Myome längere Bestehen der Menstruation und Ovulation. Jeder Frau mit Myom ist das Stillen des Kindes anzurathen, da die Verkleinerung der Tumoren während der Laktation sichergestellt ist. Vererbung spielt bei Myomen eine Rolle. Die retrocervicalen resp. im kleinen Becken entwickelten Myome bilden die bedenklichste Geburtskomplikation. Größere subseröse Myome führen öfters zu Partus praematurus und bedingen, da sie meistens auch interstitiell sitzen, Blutungen post partum. Bei Sitz des Myoms im kleinen Becken verhindert die Natur oft eine Dystokie, indem entweder das Myom durch die Wehen in die Höhe gezogen wird oder durch ödematöse Durchtränkung so weich wird, dass der Kopf passiren kann oder auch durch den Kopf vor die Scheide getrieben wird. Bei lebendem Kinde ist ein Zangenversuch gestattet, wenn der Kopf schon zum größten Theile im kleinen Becken steht. Auf Grund eines eigenen Falles empfiehlt R. die künstliche Frühgeburt, wenn ein großes, aber weiches Myom den Beckeneingang verlegt und der Kopf sich ins kleine Becken einpressen lässt. Er warnt vor operativer Entfernung in der Gravidität. Letztere verläuft zwar mit etwas größeren Beschwerden, aber die Geburt geht oft spontan, wenn auch schwierig von statten oder kann operativ beendet werden, wo man sich auf die größten Schwierigkeiten gefasst gemacht hatte. **Stoeckel** (Bonn).

34) **C. Féré.** Coccygodynie et zona.
(Journ. méd. de Bruxelles 1899. No. 31.)

F. giebt zunächst einen kurzen Überblick über das verschiedenartige Auftreten der Coccygodynie und die Ursachen derselben. Er theilt dann einen Fall mit, in welchem sich bei einer 46jährigen Wittwe mannigfache neurasthenische (bezw. hysterische) Erscheinungen seit einiger Zeit eingestellt hatten. Schließlich entwickelte sich im Anschlusse an eine Eisenbahnfahrt eine quälende Coccygodynie. Die ganze hintere Fläche des Steißbeines bis 1 cm über die Articul. sacro-coccyg. hinaus war schmerzhaft, spontan wie auf Druck; die Haut dagegen anästhetisch. Plötzlich trat hier heftiges Brennen und Röthung der Haut auf; am 3. Tage bildeten sich Bläschen, welche nach 48 Stunden ulcerirten und nur langsam heilten. Unter dem Einflusse einer sich gegen die Neurasthenie richtenden Allgemeinbehandlung besserten sich Neuralgien am Arme, welche schon längere Zeit bestanden wie die Coccygodynie. **Graefe** (Halle a/S.).

35) **Batsch** (Großenhain). Ileus und Atropin.
Großenhain, **Starke**, 1899.

Verf. wendet sich energisch gegen die Opiumtherapie, wie sie bei »dynamischem« Ileus seit Langem üblich ist. Sie ist ein alter Zopf, bequem für den Arzt,

nutzlos in ihrem Effekt. Selbstverständlich soll stets operirt werden bei »mechanischem« Ileus, wo es noch möglich ist. Auch in verzweifelten Fällen haben B. und auf sein Anrathen einige seiner Kollegen Atropin gegeben. Die Dosis muss übermaximal sein; es traten wohl Delirien danach ein, die zum Theil sehr heftig waren, dabei aber auch eine außerordentlich starke Darmperistaltik, so dass in einem Falle ein bereits Moribunder gerettet wurde; es wurden innerhalb 48 Stunden 2mal 0,005 g Atropin subkutan gegeben, in einem anderen Falle wurden innerhalb 3 Tagen 3mal 0,005 g Atropin injicirt; es handelte sich um Ileus bei einer großen Scrotalhernie; auch dieser Fall wurde geheilt. **Stoeckel** (Bonn).

36) **G. Freudenthal** (Peine). Über eine anfallsweise auftretende Schwellung der Parotis und ihr Fortbleiben während der Schwangerschaft.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 40.)

32jährige IIgravida. Seit ca. 12 Jahren plötzliches Auftreten von Jucken und Röthung auf der linken, hinteren Backenseite, vor dem Ohre. Seit ca. 6 Jahren bei dem Anfalle Bildung einer halbgänseeigroßen Geschwulst an der juckenden Backengegend, welche aber schon nach 10—30 Minuten spontan wieder schwand. Reichlicherer Speichelzufluss wurde nie empfunden. Sowohl in der I. wie in der II. Schwangerschaft (VI. Monat) hatten die vorher fast täglichen Anfälle zuerst an Häufigkeit abgenommen, um baldigst genug ganz aufzuhören. Untersuchung ergab nur eine Dilatatio cordis und eine eben solche des Magens mit Atonie. Parotisgegend in Gestalt einer flachen, halben Austernschale erhöht.

Als Ursachen des merkwürdigen Leidens kämen Sialodochit. fibrin. und calculos., chronische Entzündung der Speichelgänge mit consecutiver Induration des parotischen Bindegewebes ohne Speichelgeschwulst mit den Menses in Zusammenhang stehende Hautschwellung, schließlich Hysterie in Betracht. Doch fehlen für alle diese Annahmen die nöthigen Stützpunkte.

Interessant ist, dass auch der Ehemann, ein hochgradiger Neurastheniker, an demselben Übel erkrankte. Hier hält der Verf. eine hysterische Ansteckung für sicher. **Graefe** (Halle a/S.).

37) **Smyly** (Dublin). Todesfälle nach Köliotomien.

(Lancet 1899. Mai 13.)

S. würdigt zunächst die Theorien über den Chok und erwähnt von deutschen Autoren namentlich die Ansichten von Fritsch. Die vorbeugende Behandlung hat hauptsächlich auf bestehende Herzschwäche sich zu richten; im Operationszimmer sollen 24—27° C. vorhanden sein und außerdem Entblößungen des Körpers vermieden werden. Die Behandlung im Chok besteht in vermehrter Wärmezufuhr, Darreichung von heißen Klysmata und Salzwasser, Stimulantien und subkutanen Kochsalzinfusionen. Besonders empfehlenswerth ist die von Howard Kelly angegebene Mischung zum Klystier: Brandy, kohlensaures Ammoniak und Beeftea. — Die darauf folgenden Ausführungen über Ileus und Thrombosen enthalten nichts Erwähnenswerthes. Dagegen glaubt S. mit Lawson Tait und Howard Kelly an eine traumatische (plastische) Peritonitis, bei der keine Mikroorganismen gefunden werden. Die Erscheinungen bestehen in Erbrechen, Schmerzen und Aufgetriebensein des Leibes, beschleunigtem Pulse und erhöhter Temperatur. Der Tod kann dadurch erfolgen, dass die ausgedehnten Därme die Bewegungen des Zwerchfelles hindern oder dass Ileus eintritt. Die Behandlung besteht in Abführmitteln (nach L. Tait). Was schließlich die septische Peritonitis betrifft, so vertraut S. am meisten dem Alkohol, steht aber auf einem pessimistischen Standpunkte hinsichtlich des Antistreptokokkenserums und der Auswaschung des Abdomens nach einer erneuten Köliotomie. **Rissmann** (Osnabrück).

38) **Clark.** Die Ursache und Bedeutung der Blutung bei Uterusmyomen.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1899. Januar—Februar—März.)

Zunächst hat C. durch Injektionspräparate festgestellt, dass die gewöhnliche Anschauung, die Blutgefäße der Gebärmutter, ausgehend von den beiden Seiten,

würden immer weniger zahlreich und kleiner gegen die Mitte zu, ohne diese zu überschreiten oder mit einander zu anastomosiren, falsch ist. Er fand, dass die Arterien, sowohl die von den Uterinae als diejenigen von den Aorta ovarii beiderseits ausgehenden, ein Netzwerk gegenseitig zahlreich mit einander anastomosirender Gefäße darstellen. Es folgt hieraus, dass eine Störung des Blutumlaufes an einer Stelle sich im ganzen Gebiete geltend machen muss. Widerstände an der einen Seite müssen venöse Stauung und arterielle Fluxen an anderer Stelle bewirken, und gerade an der Stelle des geringsten Widerstandes in dem Endometrium wird leicht die von ihm ausgehende Blutung, sei es, dass sie durch einfache Diapedesis oder durch Gefäßruptur bedingt sei, wesentlich beeinflusst werden können durch solche Widerstände. Subperitoneale Myome verändern kaum die Kreislaufverhältnisse, dem entsprechend verursachen sie auch keine Verstärkung der menstruellen Blutung. Intramurale Myome können wohl an einzelnen Stellen gegen die Schleimhaut hin vordringen und Atrophie dieser Stellen bewirken, hiermit also auch Cirkulationsstörungen bedingen und zu starken Blutungen Veranlassung geben. Am stärksten aber pflegen die Blutungen bei den submukösen Geschwülsten zu sein oder bei Kombination von submukösen mit intramuralen; denn bei diesen Formen sind die atrophischen Vorgänge in der Schleimhaut und deren Gefäßen, so wie die damit im Zusammenhang stehende venöse Stauung an anderen Bezirken am stärksten ausgebildet.

Diese Verhältnisse hat Verf. bei 100 Geschwülsten genau studirt und in einer Art von schematischen Zeichnungen eingetragen, welche das Verständnis recht erleichtert. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

39) **Dalziel** (Glasgow). Uterusfibroid, Stieldrehung, Gangrän.

(Glasgow med. journ. 1899. Januar.)

Großes Fibroid bis fast zum Proc. xyphoideus, außerdem multiple Fibrome bis zu Billardkugelgröße im Uterus und ein linksseitiger Ovarialtumor. — Peritonitis, Laparotomie: Stieldrehung, Gangrän des Tumors mit Adhäsionen; auch das Segment des Uterus, an welchem der Stiel ansaß, war nekrotisch; daher Exstirpation der sämmtlichen Beckeneingeweide, Heilung. **Zeiss** (Erfurt).

40) **F. Gray** (Jersey). Chirurgische Behandlung der allgemeinen Peritonitis mit Bericht einiger Fälle.

(Med. record 1899. April 22..)

G. berichtet über 10 Fälle von allgemeiner Peritonitis mit 7 Genesungen welche mit Eröffnung der Bauchhöhle, gründlichem Auswaschen ihres Inhaltes und Drainage behandelt wurden. Wenn G. auch zugiebt, dass die Zahl der Behandelten nur klinisch, so muss doch anderseits zugegeben werden, dass der Erfolg vorzüglich ist. Die ursprünglichen Eiterherde, von welchen die allgemeine Peritonitis ausging, werden natürlich gleichzeitig beseitigt. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

41) **Simpson.** Resultate der Exstirpation maligner Tumoren der weiblichen Brustdrüse.

(Lancet 1899. Juli 8.)

S. hat sich bemüht, von den durch Barker operirten Frauen Nachrichten einzuziehen. Von 86 Krebskranken sind sicher später 43 an Recidiven gestorben und zwar 5 an lokalem, 14 an Drüsenrecidiv, 24 an Metastasen innerer Organe. Die durchschnittliche Lebensdauer der an Recidiven Gestorbenen betrug 28 Monate. Dass der von Volkmann festgesetzte Zeitraum von 3 Jahren zu gering ist, um eine Heilung durch die Operation annehmen zu können, geht mit Sicherheit aus den Untersuchungen des Verf. hervor. Es trat nämlich 33mal nach 3 Jahren, 19mal nach 4 Jahren, 14mal nach 5 Jahren, 8mal nach 6 Jahren, 4mal nach 7 Jahren und 3mal nach 8, 9 und 10 Jahren das Recidiv auf. Die linke Mamma wurde häufiger als die rechte erkrankt gefunden. Es ist wahrscheinlich, dass der Krebs eine konstitutionelle Krankheit ist, dennoch soll man operiren, um vielleicht die Krankheit abzuschwächen. **Rissmann** (Osnabrück).

42) Bull (New York). Bemerkungen über Cysten der Brust.

(Med. record 1899. April 22.)

B. hat selbst 39mal Retentionscysten der Brust beobachtet, außerdem 8mal die allgemeine cystische Entartung der Brust, Maladie de Réclus, meist bei Frauen, die Kinder geboren hatten und im Alter von 40—50 Jahren standen. Die Größe schwankte von derjenigen einer Bohne bis zu der eines Eies, 26mal war nur eine Cyste vorhanden, 7mal mehrere, in jeder Brust eine 4mal, und mehrere Cysten in beiden Brüsten 2mal. Selten findet sich eine Achseldrüse etwas geschwollen, aber nicht hart, nämlich nur in 2 Fällen. Der Inhalt war stets dünnes, trübes Serum, von grauer bis leicht brauner Farbe. Die Diagnose ist stets leicht: die Geschwulst hat eine glatte Oberfläche, ist leicht beweglich, nicht verwachsen, leicht elastisch, die Brustwarze ist normal, fast stets, nur mit 1 Ausnahme bestand kein Ausfluss, blutiger Ausfluss zeigt nach B. stets papilläre Geschwülste in den Drüsengängen und Bösartigkeit an; auch leichte Schmerzen weisen auf Cyste hin, kleine Krebsknoten pflegen sich anfänglich dagegen schmerzlos zu entwickeln. Punktion und Aspiration ist für die Feststellung der Diagnose nothwendig. Diese Cysten werden niemals carcinomatös und verschwinden zuweilen von selbst. Daher kann man auch von der Exstirpation absehen und sich mit der Aspiration begnügen, B. hält jene nur für nöthig, wenn sich die Cyste nach der Aspiration wieder füllt, wenn sie groß ist oder mehrere Cysten vorhanden sind, endlich wenn die Kranke sehr nervös und voll Furcht vor Krebs ist. Dagegen indicirt die allgemeine cystische Entartung die Amputatio mammae.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

43) H. Brooks (New York). Fall von Asexualismus.

(Med. record 1899. August 12.)

In einem Krankenhause starb ein junger Mann an einer Herzkrankheit, welcher während des Lebens durch sein mehr an das weibliche Geschlecht erinnerndes Wesen aufgefallen war, auch seine allgemeine Körperbildung zeigte mehr weibliche Formen bis auf die völlig männliche Brust. Es war ein kleiner, nur 4,5 cm langer Penis vorhanden, in dem sehr kleinen Scrotum fehlten die Hoden. Die Harnröhrenmündung hatte nur 2 mm Durchmesser. Oberhalb des Schambogens befand sich aber eine Ansammlung von Fettgewebe wie ein Mons Veneris. Bei der Untersuchung der Bauchhöhle fanden sich 2 kleine hodenähnliche Organe nicht weit entfernt von den Leistenringen, an dem einen auch eine Andeutung von Nebenhoden; ihre Länge betrug 2,5 cm, ihre Breite 1,15 cm, Dicke 0,35 cm. Bei der mikroskopischen Untersuchung konnte kein Gewebe entdeckt werden, welches dem der männlichen oder weiblichen Geschlechtsdrüsen ähnlich gewesen wäre, am meisten ähnelte ihre Struktur der der Lymphdrüsen. Es sei noch hinzugefügt, dass das Individuum intra vitam zwar Erektionen, nie aber Ejakulationen hatte, so wie dass irgend eine geschlechtliche Libido sich niemals geltend machte. B. knüpft an seine Mittheilung einige Betrachtungen über Psychopathien bei Individuen mit fehlerhafter Entwicklung der Genitalien. Lühe (Königsberg i/Pr.).

44) Schlagintweit (München). Über Gleitmittel zur Einführung urologischer Instrumente.

(Monatsberichte über die Gesammtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Geschlechtsapparates Bd. IV. Hft. 9.)

Verf. benutzt die Kraus'sche Salbe (Gummi Tragacanth 2,5, Glycerin 10,0, Karbolwasser 3%ig 90), die er selbst in vorher durch Auskochen sterilisirte Zinntuben füllt und nicht auf die Instrumente, sondern direkt in die Fossa navicularis resp. Urethra bringt. Er schraubt dabei die Kappe der Tube ab und setzt dahin ein sterilisirtes Tripperspritzenkopfstück aus rothem Gummi auf. Die Tuben bewahrt er in Karbollösung auf. Stoeckel (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. Sonnabend, den 28. April. **1900.**

I. Zur Kasuistik der künstlichen Frühgeburt.

Von

Dr. W. **Grusdew**, in St. Petersburg.

Auf dem letzten Internationalen Kongress für Geburtshilfe und Gynäkologie fällte A. Pinard ein überaus scharfes Urtheil über die Bedeutung der künstlichen Frühgeburt, und zwar bei engem Becken: seiner Überzeugung nach muss sowohl diese Operation, als auch die Perforation bei lebendiger Frucht, total aus dem Gebrauch verstoßen werden, in Folge ihrer Gefahren für das Leben und die Gesundheit der bei ihrer Zuhilfenahme geborenen Kinder. »L'accouchement prématuré artificiel«, — sagt Pinard[1], — »outre qu'il tue plus de 30

[1] Indication de l'opération césarienne considérée en rapport avec celle de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel. Annales de gynécologie 1899. Août-septembre.

enfants sur 100, ne peut produire que des prématurés, c'est-à-dire des êtres à développement incomplet, ne possédant pas toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine et pour la plupart candidats désignés aux maladies et aux infirmités.« Von diesen Betrachtungen ausgehend räth Pinard in allen Fällen von Schwangerschaft bei Frauen mit verhältnismäßiger Beckenverengerung und von lebendiger Frucht die künstlichen Frühgeburten durch den Kaiserschnitt, Symphyseotomie und dgl. ähnliche Arten von geburtshilflichen Eingriffen zu ersetzen.

Dieser Vorschlag des französischen Professors fand aber auch nicht den gringsten Anklang bei den übrigen Mitgliedern des Kongresses. Der Grund dafür ist ja klar: die Symphyseotomie gab unter Pinard's eigener Leitung und bei seinen Schülern 12% von Todesfällen der Mütter und 13% der Kinder; nach Rubinrot[2], der die Ergebnisse von 136 Fällen dieser Operation sammelte, ist der Procentsatz der Todesfälle der Mütter = 11,03%, der der Kinder = 13,97%; abgesehen davon, ist diese Operation recht oft von ernsten Komplikationen und darauffolgenden Erkrankungen der Operirten begleitet; so werden z. B. nach Rubinrot in 16,17% aller Fälle bedeutende Blutungen nach der Operation beobachtet. Risse der Gebärmutter in 8,8%, septische Erkrankungen der Operirten in 20,4%, Eiterungen in 12%, Blasenfisteln, Unfähigkeit Urin zu halten etc. in 11,7%, langdauernde Störungen im Gehen in 7,3% etc. Der Kaiserschnitt hört nicht auf, abgesehen von allen Fortschritten der heutigen Operationstechnik, auch bis jetzt noch eine erheblich große Sterblichkeit und Erkrankung der Mütter zu geben. So verlor Leopold[3] von 100 dieser Operation unterzogenen Frauen 10 (bei 13% von Todesfällen der Kinder). Abel[4] beobachtete den weiteren Zustand der Frauen, die glücklich den Kaiserschnitt in der Zweifel'schen Klinik bestanden, erforschend, bei einem großen Procentsatze der Fälle eitrige Fisteln und die Bildung von Hernien in der Bauchnarbe. Und solche Resultate bieten uns die analysirenden Operationen in den Händen der erprobtesten Operateure bei idealer klinischer Ausstattung!

Bei künstlichen Frühgeburten ist in der That der Procentsatz der Sterblichkeit der Kinder wohl höher, als der beim Kaiserschnitt und Symphyseotomie, — im Allgemeinen sterben während und bald nach dieser Operation beinahe $^1/_3$ aller Kinder. Doch dafür erkennt selbst Pinard an, dass die Gefahren bei dieser Operation für die Mutter nicht größer sei, als bei physiologischen Geburten. Der größte Vorzug dieser Operation ist aber der, dass man dieselbe, bei Befolgung der einfachsten Regeln der Desinfektion in der Privatpraxis bei häuslicher Ausstattung vollziehen kann, ohne dabei das Leben

[2] Contribution à l'étude de la symphyséotomie. Thèse de Paris, 1899.

[3] Leopold und Haake, Über 100 Sectiones caesareae. Archiv f. Gynäkologie Bd. LVI. Festschrift.

[4] Vergleich der Dauererfolge nach Symphyseotomie und Sectio caesarea. Archiv f. Gynäklologie Bd. LVIII. Hft. 2.

oder die Gesundheit der Mutter aufs Spiel zu setzen. Dieselbe bewahrt dabei völlig ihre Produktionsfähigkeit und findet, obgleich sie einen Theil ihrer Kinder verliert, in den Überlebenden — welche, was auch Pinard sagen mag, bei aufmerksamer Pflege mit Leichtigkeit die normale Entwicklung erreichen — einen hinreichenden Lohn für ihren Verlust. Ein überaus anschauliches Beispiel, das die Thatsache meiner Worte bekräftigt, bietet die Geschichte einer meiner Pat., bei der ich unlängst zum neunten Male eine Frühgeburt künstlich hervorrufen musste.

Frau S., eine nicht reiche Person, die in recht bescheidenen Umständen lebt, wandte sich an mich am Anfange des Septembers des vorigen Jahres mit der Bitte, ihr mit ärztlicher Hilfe bei bevorstehender Geburt beizustehen. Aus der Anamnese erwies es sich, dass die Kranke bereits 45 Jahre alt sei, von gesunden Eltern abstamme, aber in den Kinderjahren an Rachitis litt. Der Zeit der ersten Menstruation könne sie sich nicht erinnern; sonst erscheinen bei ihr die Menses alle 4 Wochen und dauern 4 Tage. Geheirathet hatte sie im 23. Lebensjahre und wurde bald darauf schwanger. Die erste Schwangerschaft wurde von ihr genau bis zum normalen Termin getragen. Das Gebären war überaus schwer, dauerte 3—4 Tage und wurde mittels der Perforation bei der lebenden Frucht beendet. Darauf war die Pat., laut ihren eigenen Worten, einen Monat lang krank, nach der Genesung wurde sie aber bald wieder schwanger. Für dies Mal wurde die Gravidität im 9. Monate mittels eines elastischen Bougies künstlich unterbrochen (diese Operation vollführte der verstorbene Dr. W. Stolz, der gleichfalls bei der ersten so wie allen Geburten außer der zehnten Hilfe leistete). Die Geburt geschah recht rasch. Das Kind wurde völlig lebensfähig geboren, jedoch es ging bald in Folge der Nachlässigkeit der Hebamme zu Grunde, — sie machte ihm nämlich ein kaltes Bad und hielt es lange Zeit uneingewickelt in einem kalten Zimmer. Die 3. Schwangerschaft begann im Juli 1878; die Geburt wurde künstlich, wiederum mittels Bougies, in der 34. Woche hervorgerufen und sehr rasch beendet; es wurde ein schwächliches Kind geboren, das sich jedoch bald emporraffte; z. Z. ist es ein recht starker Jüngling, der seine Bildung in einer der St. Petersburger Hochschulen vollendet. Zum 4. Male wurde Frau S. im December 1880 schwanger. Die Geburt wurde wiederum mittels Bougies in der 34. Woche künstlich hervorgerufen. Die Frucht befand sich in der Querlage, wurde nach vollführter Wendung in tiefer Asphyxie extrahirt und trotz $1^1/_2$stündiger Anwendung der künstlichen Athmung nicht zum Leben gebracht. Die 5. Schwangerschaft trat im März 1883 ein und wurde künstlich mittels Bougies in der 36. Woche unterbrochen. Es wurde ein sehr gesunder Knabe geboren, der z. Z. einen physisch sehr starken Jüngling [Gymnasiasten] darstellt. Zum 6. Male wurde Frau S. im Mai 1885 schwanger. Die Geburt wurde mittels Bougies in der 36. Woche hervorgerufen. Es wurde ein gesundes Mädchen geboren, das sich einer guten Gesundheit erfreut und z. Z. im Gymnasium lernt. Die 7. Schwangerschaft begann im Juli 1888. Die Geburt wurde hervorgerufen in der 36. Woche, dies Mal mit sehr großer Mühe, — das Einführen der Bougies musste im Laufe einer ganzen Woche wiederholt werden. Das Kind wurde ohne Lebenszeichen geboren. Zum 8. Male wurde die Pat. im Mai 1891 schwanger. Die Geburt, zu deren frühzeitiger Erregung Frau S. in der 36. Woche bougirt wurde, fand wiederum mit großer Mühe statt, — dieses Mal blieb die Einführung des Bougies in die Gebärmutter erfolglos und man musste zum Kolpeurynter Zuflucht nehmen. Es wurde ein gesunder Knabe geboren, der auch noch jetzt lebt und völlig seinem Alter entsprechend entwickelt ist. Die 9. Gravidität, die im August 1893 begann, wurde in der 36. Woche unterbrochen. Die Geburt wurde mit dem Bougie recht leicht hervorgerufen. Es wurde ein recht schwächliches Mädchen geboren, das bloß 5 Stunden gelebt hatte. Was die jetzige zehnte

Schwangerschaft anbetrifft, so theilte mir Frau S. mit, dass sie die letzten Menses zwischen 9. und 12. Februar 1899 hatte und die ersten Bewegungen des Fötus am 7. Juli empfand.

Bei der objektiven Untersuchung, welche von mir am 7. September unternommen wurde, wurde von mir unter Anderem Folgendes festgestellt: eine Blondine, von kleinem Wuchs, guter Ernährung, keine in die Augen sich werfende Abnormitäten zeigend. Der Leib ist erheblich vergrößert, — sein größter Umfang = 98 cm. Beim Palpiren lässt sich der Fundus uteri auf zwei Querfinger breit über der Mitte zwischen dem Nabel und Processus ensiformis bestimmen. Im Cavum uteri lässt sich recht deutlich die Frucht palpiren und zwar in der Längslage mit dem Kopf über dem Beckeneingange stehend und dem Rücken nach links und nach vorn gewandt. Die Herztöne sind links von der Linea alba hörbar mit 120 Schlägen in der Minute. Die Länge des Fötus (zwischen der Kopfspitze und dem Steiß) gleicht 22 cm. Bei der Untersuchung des Beckens wird diejenige Art der Verengung bestimmt, die in der Geburtshilfe unter dem Namen einfach-plattes Becken (Pelvis plana Deventeri) bekannt ist. Die einzelnen Maaße des Beckenringes sind: D. sp. 28 cm, D. cr. 30 cm, D. tr. 31 cm, C. ext. 17$^1/_2$ cm, C. diag. 9$^1/_2$ cm. Die Höhe der Symphyse ist etwas größer als in der Norm.

Auf Grund der angeführten Daten konnte ich mich überzeugen, dass 1) Frau S. in dem 8. Monate der Gravidität sich befand, 2) dass der Fötus für sein Alter sich durch bedeutende Dimensionen auszeichne und 3) dass der Beckenring dermaßen verengt ist, dass eine glückliche Beendigung der Schwangerschaft zum Termin, bei den so großen Dimensionen der Frucht, unmöglich sei. Nachdem ich diesen Befund festgestellt hatte, entschloss ich mich, vorzeitig die Gravidität künstlich zu unterbrechen, indem ich den Tag der Vollführung der künstlichen Frühgeburt auf den 2. Oktober setzte. Die Operation wurde, auf Bitten der Pat., bei ihr zu Hause vollführt; als Vorbereitungsmaßregeln wurden ihr desinficirende Ausspülungen der Scheide bestimmt.

Der weitere Verlauf der Schwangerschaft stellte am Anfange nichts Besonderes dar; der Fundus uteri erreichte am Ende September seine größte Höhe — den Processus ensiformis; zur selben Zeit war der Umfang des Leibes gleich 100 cm; der Fötus bewahrte seine Lage. Plötzlich fühlte die Pat. am Abend des 1. Oktober den Beginn periodischer Schmerzen, die den Geburtswehen ähnlich waren. Als ich bei ihr ankam, überzeugte ich mich, dass es echte Geburtswehen seien, die mit Eröffnung des Muttermundes begleitet sind. Die Wehen dauerten ca. zwei Stunden fort, wobei sich der Muttermund auf 1$^1/_2$ Finger öffnete, darauf aber hörten die Wehen auf. Nachdem ich mich überzeugt hatte, dass solche Mittel wie heiße Duschen, Chinin und Ustilago maydis innerlich etc. nicht im Stande waren, die Wehen zu erneuern, führte ich den anderen Tag, den 2. Oktober um 9 Uhr Abends in die Gebärmutter ein elastisches Bougie No. 11 (nach englischer Numeration) ein. Die Bougie wurde längs der vorderen Uteruswand sehr vorsichtig eingeführt; trotzdem durchdrang die Spitze desselben die Eiblase und es begann bei der Pat. der Abgang des Wassers. Einige Stunden nachher begannen die Wehen von Neuem, jedoch in sehr schwacher und kurzdauernder Form; der Muttermund blieb immer noch nur 1$^1/_2$ Finger breit offen. In Hinsicht darauf entfernte ich am 3. Oktober um 3 Uhr Nachmittags die Bougie und führte in die Gebärmutter den Kolpeurynter von Barnes-Fehling ein. Am folgenden Tage von 4 Uhr Morgens an begann die Wehenthätigkeit wiederum eine starke zu werden. Die Kreißende gegen 10 Uhr Morgens untersuchend fand ich, dass der Muttermund 3$^1/_2$ Finger breit geöffnet ist; der Kopf des Fötus über dem Beckeneingange, die Pfeilnaht im Querdurchmesser des Einganges in der Nähe des Promontoriums (Nägele'sche Obliquität). Um 12 Uhr völliges Eröffnen des Muttermundes; der Kopf des Fötus ist beweglich und in früherer Lage. Darauf keilte sich der vorliegende Theil allmählich in das Becken ein, passirte das Promontorium, worauf bald das Einscheiden begann. Um 2 Uhr 50 Minuten wurde die Pat. von einem Knaben entbunden, der in Asphyxie geboren

(die Nabelschnur hatte, wie es sich erwies, den Hals zusammengeschnürt), sehr bald aber zum Leben gebracht wurde. Die Placenta löste sich von selbst um $3^1/_2$ Uhr ab. Die Blutung war während der Nachgeburtsperiode sehr gering. Bei Besichtigung des Neugeborenen erwies es sich, dass er nach seinen Dimensionen völlig den Eindruck eines beinahe zu Ende getragenen Kindes ausübte. Gegen seine völlige Reife sprachen nur die geringe Länge der Kopfhaare und der Nägel, ferner das Vorhandensein von Lanugo nicht nur auf den Schultern, sondern auch auf den anderen Körpertheilen. Zu meinem Bedauern konnte ich das Gewicht des Kindes nicht bestimmen, da keine Wage zur Hand lag, gleichfalls nicht messen — weil es die Mutter nicht wünschte. Es gelang mir nur die Länge des Kindes (49 cm), den Horizontalumfang des Köpfchens (32 cm) und den kleinen Querdurchmesser desselben ($7^1/_2$ cm) zu bestimmen. Auf dem rechten Schläfenbein des Neugeborenen war eine ziemlich bedeutende Vertiefung bemerkbar, die der Stelle entsprach, wo der Kopf beim Einkeilen ins Becken den größten Druck seitens des Promontoriums empfunden hatte.

Das Puerperium verlief bei der Mutter ganz fieberfrei bei normaler Rückbildung des Genitalapparates; am 9. Tage verließ Frau S. das Bett. Der Zustand des Neugeborenen ließ bis jetzt (April 1900) nichts Besseres zu wünschen übrig.

Der beschriebene Fall scheint mir in mehrfacher Hinsicht Interesse zu bieten. Vor Allem, wiederhole ich nachdrücklich, zeigt er deutlich, welch gute Resultate die Operation der künstlichen Frühgeburt selbst bei bedeutend verengtem Becken geben kann. Würde sich meine Pat. nach dem Pinard'schen Vorschlage bei jeder Schwangerschaft dem Kaiserschnitte oder der Symphyseotomie unterworfen haben, so wäre sie beinahe mit Sicherheit zu Grunde gegangen oder hätte zum mindesten ihre Gesundheit eingebüßt, selbst wenn diese Operationen jedes Mal von einem erfahrenen Operateur und bei klinischer Ausstattung vollführt worden wären. Mit Hilfe der künstlichen Frühgeburt wurde sie aber Mutter von 5 gesunden Kindern, deren Anzahl um eins noch größer gewesen wäre, wenn es nicht die Nachlässigkeit der Hebamme gewesen wäre, die verderbend für das Eine von ihnen war. Somit hatte Frau S., sich weder einer Gefahr aussetzend, noch die Wohnung verlassend, die schon erwähnten Resultate erzielt. Dabei hat sie ihre Gesundheit und Kräfte, die ihr so nothwendung für die Erziehung ihrer Kinder sind, völlig bewahrt.

Abgesehen davon bietet der oben beschriebene Fall auch Interesse als Seltenheit, da Beispiele solch häufig vollführter künstlicher Frühgeburten bei ein und derselben Frau nicht oft sind.

Gleichfalls von nicht geringem Interesse ist im gegebenen Falle der selbständige Beginn der Frühgeburt bei der letzten Schwangerschaft. Sehr leicht möglich ist es, dass der Grund solchen Beginnes der Geburt die angeeignete Gewohnheit der Gebärmutter unter dem Einflusse der 8 vorhergegangenen Frühgeburten war, sich von seinem Inhalte in der 34.—36. Woche der Schwangerschaft zu befreien. Wenn es sich nun so verhält — was, wie ich ausdrücklich wiederhole, recht leicht möglich ist, — so breitet der eben bezeichnete Umstand ein klares Licht auf die bis jetzt so finstere Ätiologie des sogenannten habituellen Abortes aus. Wie bekannt, wird bei einigen Frauen, — dem Anscheine nach völlig gesunden, — das stete Unter-

brechen der Schwangerschaft ohne wichtige Gründe auf ein und derselben Stufe der Gravidität recht oft beobachtet. Der Grund für den Abort ist in solchen Fällen dermaßen schwer zu erklären, dass manche Autoren geneigt sind, selbst die Möglichkeit eines solchen Unterbrechens der Schwangerschaft total zu verneinen. So sagt z. B. Ahlfeld[5]: »Fälschlicherweise spricht man auch heute noch von habituellem Abort; es stammt dieser Ausdruck aus einer Zeit, wo die Untersuchung noch mangelhaft war und man sich von der Ursache wiederholter Aborte kein Bild machen konnte«. Mein Fall beweist dagegen, dass der habituelle Abort als solcher möglich sei und dass für ihn manchmal die Gewohnheit der Gebärmutter, sich zu entleeren, genügend sei, nachdem ihre Wände eine gewisse Stufe der Ausdehnung erreicht haben.

Schließlich bietet der von mir beschriebene Fall Interesse in Hinsicht des Taxirens verschiedener Methoden des Hervorrufens künstlicher Frühgeburten. Er zeigt nämlich, dass bei gegebenem Zwecke die intra-uterine Anwendung des Kolpeurynters bedeutend zweckmäßiger erschien, als das Einführen der Bougies, — bei dieser letzten Methode kann 1) die Reizung des Uterus nicht hinreichend sein, um die Geburt hervorzurufen, und 2) riskiren wir bei Anwendung sogar weicher Bougies und absoluter Vorsicht die Eiblase zu durchstechen und somit eine trockene Geburt zu erhalten. In meinem Falle hatte der vorzeitige Abgang des Fruchtwassers keine üblen Folgen gehabt, da der Fötus sich die Längslage sicher angeeignet hatte; bei anderen Bedingungen jedoch könnte dieser Umstand der Ursprung einiger höchst unerwünschter Komplikationen werden.

II. Das retrostrikturale Ödem der weiblichen Blase.

Von

G. Kolischer, Chicago.

Die Strikturen der weiblichen Harnröhre, welche noch immer ein etwas vernachlässigtes Kapitel der Gynäkologie bilden, gewinnen bei sorgfältiger Beobachtung der einschlägigen Fälle immer mehr an Bedeutung für die Pathologie auch der Blase; namentlich sind es jene Strikturen, welche bei Individuen auftreten, deren Genitalien entweder jungfräulich sind oder die niemals an Gonorrhoe oder Syphilis gelitten haben, oder deren Geschlechtswerkzeuge niemals dem Insulte einer Geburt ausgesetzt waren, welche entweder ganz übersehen oder in ihrer Dignität ganz und gar nicht gewürdigt werden. Es ist nämlich kein Zweifel mehr, dass es auch in der weiblichen Harnröhre Strikturen giebt, welche kongenital sind, oder, vorsichtiger ausgedrückt, unabhängig von den uns als Ursachen geläufigen Entzündungs- oder Vernarbungs-Processen entstehen. Diese Strikturen

[5] Lehrbuch der Geburtshilfe. 2. Aufl. Leipzig, 1898. p. 280.

sind erzeugt durch fibröses, spangenförmig in die Urethralwand eingelagertes Gewebe und tragen alle Zeichen der sogenannten elastischen Strikturen an sich; sie lassen selbst die dicksten Sonden ohne wesentlichen Widerstand passiren, werden aber durch Olivenbougies erkannt, indem die Olive, nachdem sie die Striktur passirt hat, bei dem Versuche des Zurückziehens von den elastischen Fasern arretirt wird.

In dem endoskopischen Bilde manifestiren sich diese elastischen Strikturen durch das Vordringen von weißlichen, glänzenden Leisten, welche von der Ausdehnung eines Halbkreises bis zur vollständigen Umkreisung der Centralfigur sich erstrecken können. Während in manchen Fällen solche Strikturen für lange Zeit wenig oder gar keine Symptome machen, erscheinen in anderen Fällen sehr schwere und auffallende Beschwerden. Die Pat. haben permanenten Harndrang und Kitzeln in der Blase, der Urin ist sehr oft getrübt durch Epithelialfetzen und Detritus.

Der häufige Harndrang stört die Nachtruhe in empfindlicher Weise; nach einiger Zeit tritt gewöhnlich im Zusammenhange mit einer äußeren Schädlichkeit (Verkühlung) oder im Gefolge einer Kothstauung eine akute entschiedene Verschlimmerung des Zustandes ein; die Blase wird der Sitz heftiger, quälender Schmerzen, im Urin erscheinen nekrotische Gewebstrümmer und Eiter, bisweilen auch Blut.

Die cystoskopische Untersuchung der Blase klärt die Sachlage auf. Man findet in allen Fällen von elastischen Strikturen der Harnröhre, welche Symptome machen, ein mehr oder weniger entwickeltes Ödem der inneren Harnröhrenmündung, welches sich verschieden weit in die Blase erstreckt. Der im Cystokop sich präsentirende Abschnitt der inneren Harnröhrenmündung erscheint nicht scharf gerundet und in seiner normalen, tief rothen Färbung, sondern ist gequollen, plump formirt und weißlich gefärbt; er sieht nahezu aus wie nasse Watte. Dieses ist nichts Anderes als das Produkt der Durchtränkung mit ödematöser Flüssigkeit und der hierdurch bedingten massigen Abhebung des Epithels.

In manchen Fällen nun kommt es theils durch die Ernährungsstörung in Folge des Ödems oder in Folge der Herabsetzung der Vitalität des Blasengewebes durch Verkühlung, oder durch penetrirende Infektion vom Darme zum Zerfall des Gewebes innerhalb der ödematösen Zone, zur Bildung eines Substanzverlustes, der in Folge der ungünstigen Cirkulationsverhältnisse nicht ausheilt, sondern sich in ein Geschwür umbildet. Diese Geschwüre erscheinen scharf umrissen, wie mit einem Locheisen herausgeschlagen, haben in Folge der umgebenden Schwellung eine bedeutende Tiefe, ihr Grund ist schmierig belegt. Die übrige Blasenwand erscheint normal, bisweilen erstreckt sich jedoch diese Ödemisirung bis in das Trigonum und erscheint dann dieses ebenfalls seiner natürlichen Oberfläche beraubt und mit weißen, gequollenen Massen bedeckt. Das Auftreten von Geschwüren habe ich bis jetzt nur als singuläres

beobachtet, es treten die Geschwüre als Solitärgeschwüre auf. Jede Therapie bleibt erfolglos, wenn nicht die Ursache des Ödems, die Striktur dauernd weggeschafft wird.

Nun liegt die definitive Heilung einer elastischen Striktur nur in der operativen Durchtrennung; dieses geschieht am einfachsten und zweckmäßigsten durch innere Urethrotomie. Sind diese Strikturen dauernd durchtrennt, so erfolgt das Verschwinden des Ödems und die Reinigung und Ausheilung der eventuell vorhandenen Geschwüre in sehr kurzer Zeit, eventuell unterstützt man die Heilung durch Jodoforminstillation.

Ich glaube, dass diese Beobachtungen neuerlich dazu beitragen, die Wichtigkeit einer genauen und systematischen Untersuchung der weiblichen Harnwerkzeuge zu betonen, namentlich mit großer Entschiedenheit auf die Nitze'sche Cystoskopie hinweisen. Ich habe des öfteren von Gynäkologen und Urologen, wenn es sich um die Untersuchung virginaler Individuen handelte, die Äußerung gehört: »Wozu solche Fälle cystoskopiren; es war keine Gonorrhoe oder Geburtstrauma vorausgegangen«.

---

1) **O. Küstner.** Stereoskopischer Atlas der Gynäkologie und Geburtshilfe. 8. Folge.

Leipzig, **Ambrosius Barth,** 1900.

Dieses 8. Heft der Abtheilung Gynäkologie aus Neisser's stereoskopischen medicinischen Atlanten giebt 12 Darstellungen von äußeren Genitalien bei folgenden Zuständen:

Aplasie der inneren Genitalien, demselben Zustand kombinirt mit Lipom des Labium majus, eigenthümlicher Missbildung der Harnröhrenmündung (4 Öffnungen), großer Harnröhrenkarunkel, Kolpokleisis rectalis, Harnkonkrement aus der Kloake bei Kolpokleisis rectalis, unzweckmäßiger Perineoplastik, Ulcus rodens vulvae, Ulcus rodens vulvae mit Elephantiasis, Carcinoma vulvae vor und nach der Operation.

Den Photogrammen sind kurze Abhandlungen aus der Feder von Stutz, Schmidt, Herrmann und dem Herausgeber beigegeben, welche die Krankengeschichten enthalten und Bezug auf die Litteratur nehmen. (Selbstbericht.)

---

2) **Cramer.** Zur Mechanik und Physiologie der Nahrungsaufnahme der Neugeborenen.

(Sammlung klin. Vorträge. N. F. No. 263. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

Auf Grund eingehender Beobachtungen und Stoffwechseluntersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: das bei einer künstlichen Ernährungsmethode zuzuführende Nahrungsquantum soll dem physiologischen Nahrungsquantum entsprechen, d. h. derjenigen möglichst geringen Nahrungsmenge, welche den möglichst größten Ge-

wichtszuwachs sichert. Der physiologische Nährquotient, d. h. diejenige Zahl, welche angiebt, der wievielste Theil der zugeführten Nahrung im günstigsten Falle im Gewichtszusatze zum Vorschein kommt, ist bis zum 10. Lebenstage ca. 17—18%. Bei der gewöhnlichen Nahrungszufuhr aus der Brust ist der Nährquotient ca. 10%. Der Säugling bedarf zur Nahrungsaufnahme einer Aspirationskraft, die nur durch eine Reihe hinter einander ausgeführter Saugbewegungen erzeugt werden kann. Diese Aspirationskraft entspricht dem negativen Drucke, der nothwendig ist, um Milch aus der Brust anzusaugen (ca. 20—70 cm Wasser). Die Kompression des Warzenhofes und das Auspressen der Milch kommt dem gegenüber erst in zweiter Linie in Betracht. Für den Begriff der schwer und leicht gehenden Brust ist der Tonus der Warzenhofmuskulatur nicht maßgebend. Der schwere oder leichte Austritt der Milch ist vom Füllungszustande der Brust abhängig. Frühgeborene Kinder haben in Folge ihrer geringen Reflexerregbarkeit eine sehr geringe Saugfähigkeit, dieselbe steigt jedoch rasch mit der Zunahme ihrer Reflexerregbarkeit. Die Arbeitsleistung des Säuglings an der Brust ist bei der Nahrungsaufnahme eine bedeutend (50—100fach) größere als bei der Flaschenfütterung.

Witthauer (Halle a/S.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Paris.

Paris, G. Carré & C. Naud, 1900.

Sitzung vom 6. Juli 1899.

Fournier (Amiens): Accouchement forcé.

F. macht in einem Schreiben an die Gesellschaft Sebillotte gegenüber Prioritätsansprüche Betreffs der Anwendung des Accouchement forcé.

Mercier und Menu: Peptonurie in Schwangerschaft und Wochenbett.

Die meisten Autoren sind darüber einig, dass die Peptonurie ein Phänomen des normalen Wochenbettes ist, als Folge der Involutio uteri. Die Untersuchungen der beiden Autoren bestätigen diese Ansicht; sie ergeben folgendes Résumé: Bei Albuminurie wird Peptonurie konstant beobachtet; die Peptonurie ist nicht, wie Andere behaupten, ein Zeichen für den eingetretenen Tod der Frucht, eben so wenig für eintretenden Abort in Folge Syphilis der Mutter. Die »Involutio uteri« genügt nicht zur Erklärung der Ätiologie; die Ursache der Peptonurie ist vielmehr in einer Veränderung der Leber zu suchen.

Boisard: Polydaktylie und Syndaktylie.

B. theilt 2 Fälle mit. Der 1. betrifft ein Neugeborenes mit 2 überzähligen kleinen Fingern; erbliche Belastung ist nicht nachzuweisen. Im 2. Falle handelt es sich ebenfalls um ein Neugeborenes mit je 6 Fingern und je 6 Zehen; die Mutter dieses Kindes zeigte dieselbe Abnormität, nur waren ihr die überflüssigen Zehen nach der Geburt entfernt worden. Bei einem von derselben Mutter früher geborenen Kinde die gleichen Veränderungen.

Bar hält die Polydaktylie und Syndaktylie für die am häufigsten zur Vererbung gelangenden Missbildungen.

Budin berichtet über 2 ähnliche Fälle. Überzählige Organe werden eben so gut vererbt, wenn sie auch bei den Eltern entfernt worden sind; sonst gäbe es schon längst keine rituelle Circumcision mehr.

A. Brindeau: Ein Fall von kongenitaler Tuberkulose.

Die Autopsie des 12 Tage alten Kindes ergab das Vorhandensein zahlreicher tuberkulöser Knötchen in Lunge und Leber. Ob die Mutter tuberkulös war, war nicht nachzuweisen. Die Affektion machte den Eindruck einer experimentell erzeugten Tuberkulose. Im Präparate zahlreiche Tuberkelbacillen.

G. Keim: Zwillingsschwangerschaft und Missbildungen in Beziehung zur Tuberkulose.

IIIpara abortirt im 5. Monate Zwillinge; dabei Entleerung von 12—14 Liter Fruchtwasser. Das rechte Bein des 1. Kindes war kürzer als das linke, anscheinend in Folge von Abschnürung mittels amniotischer Fäden. K. glaubt, dass ein Zusammenhang zwischen Missbildungen und Zwillingsschwangerschaften (als einer Art von Missbildung!) einerseits und der Tuberkulose andererseits vorhanden sei und führt zum Beweise ähnliche Fälle aus der Litteratur an.

Bar hat ebenfalls dahingehende Beobachtungen gemacht, ferner solche, die einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Zwillingsschwangerschaft und Syphilis oder überhaupt ungünstigen körperlichen Verhältnissen der Eltern zu beweisen scheinen.

Budin hält das Material für noch nicht groß genug, um ein bestimmtes Urtheil aussprechen zu können.

E. Bonnaire: Zwei Beobachtungen von intra-uteriner Streptokokkeninfektion.

Im 1. Falle erkrankte die Mutter an einer schweren Infektion, die sie jedoch übersteht, während das Kind 20 Stunden post partum stirbt(im Blute des Kindes Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes (Druckfehler?). Die Frage der Art des Infektionsweges wird offen gelassen.

In einem 2. Falle handelte es sich um Cerebrospinalmeningitis bei der Mutter mit folgendem Aborte im 6. Monate. In der Cerebrospinalflüssigkeit der Mutter und in dem Blute des Fötus Reinkulturen von Streptococcus pyogenes. Da das Ei unverletzt war, muss die Infektion durch den Placentarkreislauf erfolgt sein.

Budin bezweifelt diese Art der Infektion; das Eindringen der Bacillen durch den Mund in den Körper des Fötus scheint ihm wahrscheinlicher. Er erwähnt einen ähnlichen Fall, wo Brindeau später in den Lungen Streptokokken in Reinkultur nachgewiesen habe.

Bar: Beitrag zum Studium der Indikationen der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken (100 Fälle).

Ausgeführt wurde die Operation meist mit Bougie oder Kolpeurynter. Mortalität der Mütter 1%, der Kinder 26% (bei Entlassung der Mütter). Die Bestimmung des richtigen Zeitpunktes wurde erleichtert durch die Anwendung des Perret'schen Kephalometers. Der stärkste Grad der Beckenverengerung, der in Betracht kommt, ist eine Conjugata von 7 cm. Bei einer Conjugata von 7—8 cm ist jedoch die Sterblichkeit der Kinder noch = 50%; bei einer solchen von 9—10 cm nur noch 8%. Gute Resultute giebt die künstliche Frühgeburt nur bei einer Conjugata von 8 cm und mehr; im Übrigen ist stets Rücksicht auf die Nebenumstände zu nehmen.

In der Diskussion betont Dubrisay die Wichtigkeit der Unterscheidung ob Erst- oder Mehrgebärende?

P. Bar: Ein Fall einer inkompleten Uterusruptur nach Wendungs- und Zerstücklungsversuchen. Abhebung des Peritoneums bis zur rechten Niere. Laparotomie. Tamponade. Heilung.

Die Ruptur konnte durch die äußere Untersuchung nicht festgestellt werden.

Budin bemerkt, dass es öfters vorkomme, dass das Peritoneum unverletzt bleibt; es wäre im Hinblicke auf die einzuschlagende Therapie von großer Wichtigkeit, wenn man diese Thatsache vorher diagnosticiren könnte.

Diskussion über die Mittheilung von Rocheblau und Damas: »Accouchement chirurgical« (Maisitzung).

Dubrisay berichtet über 2 Fälle von forcirter Entbindung nach Bonnaire, einmal wegen Gefahr des Kindes und einmal wegen starker Blutung bei Placenta praevia.

Budin hebt die großen Gefahren des Accouchement forcé hervor und warnt energisch vor der Empfehlung dieser Entbindungsart.

Rocheblau tritt lebhaft für sein Verfahren ein; er erbietet sich, dasselbe gegebenen Falles bei einer Ipara seiner eigenen Familie in Anwendung zu bringen.

Sitzung vom 7. Juli 1899.

Le Gendre und Varnier: Akute Nabelinfektion bei einem Neugeborenen; Heilung durch heiße Bäder.

Bei einem sonst normalen Kinde entstand am 13. Tage post partum, als der Nabelschnurrest von der Wärterin brüsk entfernt worden war, Fieber und universelles Erythem. Le G. ist geneigt, das Nichtbaden mit dem verspäteten Abfalle der Nabelschnur und der Infektion in Verbindung zu bringen.

Varnier führt aus, dass die Statistiken über die Ursachen des verspäteten Nabelschnurabfalles noch zu entgegengesetzten Resultaten führten. Doléris, Pinard und Porak sind trotz alledem für das Nichtbaden und für die Trockenbehandlung des Nabelschnurrestes mit Dermatol oder mit Bismuth. subnitr. oder einem anderen antiseptischen Pulver.

Lepagie: Über die Diagnose des Typhus im Wochenbette.

Die Differentialdiagnose zwischen Typhus abdominalis und Puerperalfieber ist zugestandenermaßen oft sehr schwer, da die Symptome sich sehr gleichen können. L. giebt 7 ausführliche Krankengeschichten wieder, wo es allein dem Nachweise der Widal'schen Reaktion zu danken war, dass die richtige Diagnose gestellt wurde; ohne dieses diagnostische Hilfsmittel wäre ein Theil dieser Fälle als Puerperalfieber angesprochen worden.

Le Gendre berichtet über einen ähnlichen Fall.

Doléris beschreibt ebenfalls 2 Fälle und betont im Anschlusse daran die Wichtigkeit der minutiösesten gynäkologischen Untersuchung zur Sicherung der Diagnose. Ähnlich spricht sich Pinard aus, hält aber von der von Doléris betonten Wichtigkeit der bakteriologischen Untersuchung nicht viel.

Hartmann: 40 Fälle von Totalexstirpation per laparotomiam wegen Erkrankung der Adnexe.

Davon 26 Fälle mit eitriger Entzündung der Adnexe. 38 vollkommene Heilungen, die H. der exakten Überdeckung der Wundflächen mit Peritoneum zuschreibt.

Segond hebt die Berechtigung des vaginalen Vorgehens gegebenen Falles hervor; die Resultate seien dabei keine schlechteren.

Fortsetzung der Diskussion über den in der Märzsitzung gehaltenen Vortrag von Pinard: »Folgeerscheinungen nach Operationen an Uterus und Adnexen in ihrer Beziehung zu Schwangerschaft und Geburt«. Pinard bestätigt das auffallend häufige Vorkommen von Frühgeburten und Aborten nach Operationen an der Cervix. Unter Zustimmung der Versammlung führt er in seinen Schlussthesen aus: Operationen an der Cervix können schwere funktionelle Störungen für Schwangerschaft und Geburt zur Folge haben. Portioamputationen sind nur bei strengster Indikationsstellung auszuführen.

Sitzung vom 3. November 1899.

Potocki: Mittheilung über eine Beobachtung von Dutujadoux-Blida, betreffend: Dystokie in Folge von Rigidität der Muttermundsränder; Operation nach Porro 7 Tage nach Beginn der Wehen. Heilung.

Porro bei einer 25jährigen Ipara wegen abnormer Rigidität des Muttermundes (!) und Gefahr einer weiterschreitenden Infektion. — P. bespricht in ausführlicher Weise die Berechtigung eines solchen Eingriffes. Er giebt eine genaue Schilderung

der anatomischen Verhältnisse bei Rigidität des Muttermundes und hebt bei der Besprechung der Therapie als wichtigste Punkte hervor:

1) Die Erhaltung der Eiblase;

2) Anwendung des Tarnier'schen Ecarteurs oder des Kolpeurynters mit oder ohne nachfolgende künstliche Entbindung;

3) Incisionen in die Muttermundsränder;

4) Kaiserschnitt (!) bei höchstem Grade der Infiltration und vollständig erhaltener Portio.

Auf Vorschlag von Pinard wird wegen der Wichtigkeit des Gegenstandes die Diskussion vertagt.

Porak und Audion demonstriren einen Uterus, der von einer unvollständigen Uterusruptur herrührt.

Hutinel und Delestre: Die Couveusen im »Enfants-Assistés«.

Seit Einführung der Couveusen ist die Sterblichkeit der Kinder von einem Gewicht unter 2000 g von 66 auf 36% gesunken. Um dieses Resultat noch zu verbessern, sind die Couveusen ausschließlich zu reserviren für Kinder mit subnormaler Temperatur. H. hat die Beobachtung gemacht, dass die in Couveusen befindlichen Kinder leichter Infektionen ausgesetzt sind, als andere. Der Gebrauch der Couveuse hat danach nur bis zu dem Zeitpunkte einen Zweck, wo das Kind beginnt, eine ständige Eigenwärme von 37° zu zeigen (es genügt eine Beobachtung von 2 Tagen); dann soll das Kind sofort herausgenommen werden, da ein längerer Aufenthalt ihm nur schaden kann.

Diskussion: Lepage, Champetier de Ribes, Pinard.

Lepage: Pyelonephritis und Schwangerschaft.

Mittheilung zweier Krankengeschichten in extenso, die nichts Besonderes bieten. Die Unterbrechung der Schwangerschaft kann indicirt sein bei anhaltend hohem Fieber und schlechtem Allgemeinzustande.

In der Diskussion warnt Pinard vor allzu eiligem Handeln.

Sitzung vom 16. November 1899.

Der Präsident Budin theilt den Inhalt eines Telegrammes mit, in dem Rocheblau der Gesellschaft die mittels seiner Methode des Accouchement forcé erfolgte Geburt eines Kindes anzeigt, nebst der Antwort auf dasselbe.

Im Anschlusse hieran berichtet Porak über einen Fall von Uterusruptur bei einem Versuche eines Accouchement forcé.

A. Brindeau: Stomatitis diphteroides der Neugeborenen.

4 Fälle von Bednar'schen Aphthen. Als Ursache wurden Streptokokken nachgewiesen, die einmal ein Gesichtserysipel, ein anderes Mal eine Mastitis sekundär verursachten.

de Rotschild berichtet über 2 ähnliche Fälle, wo die Infektion von der mütterlichen Brust auf Zwillinge übergegangen war.

Auf eine Anfrage von Thoyer-Rozat und Sebillotte erklärt Brindeau, das Trauma spiele jedenfalls eine wichtige Rolle bei der Infektion; für die Behandlung sei Glycerinsublimat als bestes Mittel zu empfehlen.

de Rotschild stellt ein 8 Tage altes Kind vor mit einem Tumor unterhalb des Nabels, der augenscheinlich mit der Blase in Zusammenhang steht.

Ballet und Bernard: Ein Fall von bei der Geburt entstandener Lähmung.

Bei einer durch Forceps entbundenen Frau tritt nach der Geburt eine Lähmung des linken Beines auf, die nach 6wöchentlicher Behandlung wieder verschwindet.

Mit Rücksicht auf die Ätiologie derartiger Lähmungen unterscheiden die beiden Autoren folgende Arten: traumatische Lähmung, Lähmung in Folge einer infektiösen Polyneuritis, gemischte und endlich hysterische Lähmungen.

Bonnaire will noch eine fünfte, durch Phlegmasia alba dolens entstandene Art hinzufügen.

P. Berthold: Achsenzugzange.

B. demonstrirt ein neues Zangenmodell: eine Zange mit festem Verschlusse; in der Gegend des Schlosses ist eine Handhabe, senkrecht zu den Griffen, angebracht, die ein energisches Ziehen mittels einer Hand ermöglicht.

Diskussion.

Delore: Enchondroma hydatiforme placentae.

D. giebt eine ausführliche und genau detaillirte Beschreibung zweier Fälle von Blasenmole.

Rastonil: Puerperale Infektion und akute Miliartuberkulose.

Die Unterscheidung, um was es sich im gegebenen Falle handelt, ist oft schwer; sie wird ermöglicht durch die Betrachtung der Temperaturkurve, deren Verlauf bei der Miliartuberkulose in keiner Weise durch therapeutische Maßnahmen beeinflusst wird.

Georghin: Missbildung und Infektion.

G. führt aus, dass nach seiner Ansicht ein ätiologischer Zusammenhang bestehe zwischen Missbildungen Neugeborener und infektiösen Krankheiten der Eltern, die diese zur Zeit der Konception bezw. die Mutter auch während der Schwangerschaft durchgemacht haben (Lues, Tuberkulose, Typhus u. A.). Mittheilung von 62 entsprechenden Fällen. G. will nicht in Abrede stellen, dass nicht auch andere Umstände bei der Entstehung von Missbildungen in Betracht kommen können.

Sitzung vom 21. December 1899.

P. Audion: Angeborene Nabelhernie, 1 Stunde post partum operirt. Heilung.

Drainage mit Jodoformgaze. Reaktionslose Heilung.

Maygrier: Demonstration eines Präparates eines außerhalb der Fruchtblase gelegenen Fötus.

Durante: Hyperplasie der Muskulatur, insbesondere des Rectus abdominis, bei der schwangeren Frau.

D. untersuchte mehrere Leichen und fand in den Rectusmuskeln zahlreiche Fasern, die in Theilung begriffen waren, und zwar in longitudinaler Richtung. Diese Art der Theilung sei bis jetzt noch nicht bei normaler Temperatur gefunden worden.

G. Durante: Muskularatrophie bei einem Kinde mit kongenitalem Klumpfuße.

Es handelt sich in dem Falle um eigenartige, noch wenig beobachtete, primäre histologische Veränderungen des Muskelgewebes, die der Verf. als einen »embryonalen, regressiven Vorgang« und nicht als das Persistiren eines embryonalen Zustandes auffasst.

Brindeau: Ein interessanter Fall von kriminellem Abort.

Das Instrument, mit dem der Abort herbeigeführt worden war, war nicht, wie gewöhnlich, in den Douglas eingedrungen, sondern hatte eine breite Schnittwunde in der hinteren Muttermundslippe gesetzt, die bis zum inneren Muttermunde ging. Da der äußere Muttermund noch fast vollständig geschlossen war, wurde das gelöste Ei auf dem künstlich geschaffenen Wege manuell entfernt.

Bufnoir und Demay: Ein Fall von intra-uteriner Athmung.

Zwillinge; erstes Kind spontan, das zweite, todte Kind mittels Embryotomie entwickelt. Die Autopsie ergiebt Luftgehalt der ganzen linken Lunge. Ein Eingriff war nachweislich nicht vorhergegangen.

In der Diskussion weist Budin auf die gerichtlich-medicinische Bedeutung des Falles hin.

Lop (Marseille): 1) Blasenektopie. 2) Tubenschwangerschaft.

Barnsby und Mercier (Tours): Zerreißung der hinteren Scheidenwand und Abreißung des Lig. latum nach Wendungsversuchen. Embryotomie. Totalexstirpation per laparotomiam. Tod am 9. Tage.

Fournier: Schulterlage. Zerreißung des Uterus und der Blase. Wendung. Totalexstirpation per laparotomiam. Naht und Drainage der Blase.

Die Zerreißung der Blase schien durch langdauernden Druck des Kindes entstanden zu sein. Die Operation gelang gut, doch entstand am 16. Tage p. op. eine Kothfistel, woran die Kranke zu Grunde ging. Eine permanente Spülung der Blase hätte nach Ansicht von F. das Entstehen der Kothfistel verhindern können.

Diskussion über die Mittheilung von Gilbert-Bullet und Bernard: »Ein Fall von Lähmung nach der Geburt«.

Mucé: Vollständige Obliteration des Duodenums in seinem oberen Theile.

Bei einem Neugeborenen, das am 3. Tage post partum starb, fand M. das Duodenum in 2 Abschnitte getheilt, die durch eine vollständig obliterirte, lumenlose Partie getrennt waren. Das Kind hatte dabei Meconium entleert.

J. Veit (Leiden): Der Bandl'sche Kontraktionsring.

Entgegen Budin hat V. niemals eine isolirte Kontraktion des Bandl'schen Ringes gefunden. Dieselbe ist jedenfalls sehr selten. — Genaue Darlegung der anatomischen Verhältnisse. — Was die Therapie anlangt, so soll man warten und Narkotica geben, da eine forcirte Entbindung unmöglich ist.

Schwab: Demonstration dreier Placentae marginatae mit Hämorrhagien.

Die Frage, ob die Margobildung die Ursache oder die Folge der Hämorrhagien ist, lässt S. offen.

Maygrier und Chavane: Eklampsie. Tod in Folge von Gehirnblutung.

Die Autopsie ergab eine Blutung in der Gegend des 4. Ventrikels. Der Tod war nach 4 Anfällen, die einen leichten Charakter gezeigt hatten, eingetreten, und zwar in Folge von Stillstand der Athmung.

In der Diskussion spricht Budin die Vermuthung aus, dass Störungen in der Gefäßinnervation während des Anfalles Ursache der Gehirnblutung sein könnten.

Sitzung vom 18. Januar 1900.

Penet: Über einen Fall von Infektion des Fruchtwassers und des Fötus vor dem Blasensprunge.

Künstlicher Blasensprung, wobei sich grünliches, übelriechendes Fruchtwasser entleert; das Kind bietet alle Zeichen der Infektion und stirbt nach 3 Wochen.

Porak beobachtete einen ähnlichen Fall.

Bar bedauert das Fehlen einer bakteriologischen Untersuchung; nur durch sie wäre der Beweis der erfolgten Infektion zu bringen.

Simpson (Edinburg) demonstrirt ein neues Instrument (Basilysttetracteur), mit dem man zugleich die Perforation, Kranioklasie und Extraktion ausführen kann.

Béclère, Coulomb, Chambon, Ménard: Die intra-uterine Übertragung der Schutzpockenimpfung.

Die Verff. berichten über Versuche, die sie an 60 Kreißenden und deren Kindern angestellt haben, deren wesentliche Resultate folgende sind:

Besitzt das Blut der Mutter antibakterielle Wirkung, so geht diese Eigenschaft im Allgemeinen — doch nicht konstant — durch den Placentarkreislauf auf das Kind über, wobei es gleich ist, wann die Schutzimpfung der Mutter erfolgt ist. Die hierdurch erreichte Immunität ist jedoch nicht so groß, wie bei direkter Impfung der Kinder.

Blondel: Großes Myom des unteren Uterinsegmentes als Geburtshindernis. Zange. Resorption des Myoms in 3 Wochen.

Nach mehreren vergeblichen Zangenversuchen gelang die Extraktion während einer Kontraktion des Uterus und — wie der Verf. annimmt — des Myoms. 3 Wochen post partum war auch nicht die geringste Spur einer Geschwulst nachzuweisen.

Keiffer (Brüssel) demonstrirt einen von ihm exstirpirten, im 5. Monate graviden Uterus myomatosus. In der Diskussion sprechen sich Boissard, Veit (Leiden), Porak und Budin einstimmig dahin aus, dass das Vorhandensein eines Myoms an sich durchaus keine Indikation zur Einleitung des künstlichen Abortes bezw. zur Operation sei und führen zum Beweise zahlreiche, auch bei großen Myomen spontan verlaufene Fälle an.

Chambrelent, Marcourt und Tribondeau demonstriren das Präparat, Photogramme und Radiogramme eines Dicephalus.

Die Geburt war in Steißlage erfolgt; die Extraktion hatte keine übermäßigen Schwierigkeiten verursacht. — Ausführliche Beschreibung der anatomischen Verhältnisse des Monstrums.

Diskussion über die Mittheilung von Veit (Leiden): »Die Zusammenziehung des Bandl'schen Kontraktionsringes«.

Budin: Die Bildung des Bandl'schen Kontraktionsringes kann mit der Kontraktion des Corpus uteri zusammenfallen; sie kann aber auch isolirt bestehen. Was die Therapie anlangt, so hat es keinen Zweck, sich lange mit dem Geben von Narkoticis aufzuhalten. — Demelin, Bernheim und Perret sprechen sich unter Mittheilung eigener Beobachtungen in ähnlichem Sinne aus. Schlusswort von Veit (Leiden).

Keiffer (Brüssel) demonstrirt eine Anzahl von Projektionsbildern mikroskopischer Präparate. **Engelmann jun.** (Bonn).

Harnorgane.

4) **A. Benckiser.** Über abnorm ausmündende Ureteren und deren chirurgische Behandlung.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 3.)

Von den kongenitalen Anomalien der Harnleiter kommt beim weiblichen Geschlechte neben Verdoppelung eine ungewöhnliche Ausmündung der Ureteren am häufigsten vor. B. fügt zu den 25 bekannten Fällen der letzteren Art mit offener Endigung des Harnleiters 2 neue Fälle eigener Beobachtung hinzu.

Bei der 1. Pat. hatte zunächst eine abnorme Ausmündung eines Ureters nach unten und außen von der äußeren Harnröhrenöffnung bestanden. Das untere Ende des Ureters war von anderer Seite exstirpirt und die Wunde vernäht worden. Ca. 3 Wochen darauf hatte sich rechts im oberen Drittel der Vagina eine feine Fistelöffnung gebildet, die noch vorhanden war, als B. die Pat. untersuchte, der weiteren Behandlung entzog sich die Kranke. Es konnte daher nicht festgestellt werden, ob es sich um eine abnorme Ausmündung des einfach angelegten oder um eine Verdoppelung des rechten Ureters handelte.

In dem 2. Falle, 28jährige Frau, war eine haarfeine Fistel unmittelbar unter der äußeren Harnröhrenöffnung sichtbar, die die äußere Mündung eines überzähligen linken Ureters darstellte. Diesem accessorischen Harnleiter entsprach ein normal funktionirendes Stück der linken Niere, während der übrige Theil der Niere mit der Blase durch einen an gewöhnlicher Stelle einmündenden Ureter verbunden war. Der accessorische 3. Ureter wurde von der äußeren Mündung an gespalten, wodurch einige Centimeter nach oben zu eine ampullenartige Ausdehnung des Lumens sichtbar wurde. Hier wurde eine Fistel nach der Blase zu angelegt, während das äußere Ende des Ureters exstirpirt und die Wunde vernäht wurde. Nach einer kleinen Nachoperation war die Pat. geheilt.

Der Verf. empfiehlt diese Operationsmethode für alle diejenigen, scheinbar häufigen Fälle, in denen der abnorm verlaufende Ureter innerhalb des Septum vesico-vaginale eine divertikelartige Ausbuchtung bildet.

Scheunemann (Breslau).

5) **Olshausen. Beitrag zur Verirrung der Ureteren und ihrer Behandlung.**

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 3.)

Zu den obigen Fällen Benckiser's fügt O. 2 weitere hinzu. Der eine betraf ein 10jähriges Kind. Rechts neben dem Hymen war eine in Zwischenräumen Urin entleerende Öffnung sichtbar, die mit Blase und Harnröhre nicht kommunicirte und augenscheinlich die äußere Mündung des rechten Ureters darstellte. Cystoskopisch wurde nachgewiesen, dass in der Blase eine Mündung des rechten Harnleiters ganz fehlte.

Im 2. Falle, 15jähriges Mädchen, mündete 1 Ureter rechts und außen vom Orif. urethrae ext. Die Menge des abfließenden Urins war gering, eine Verbindung mit Blase oder Harnröhre konnte nicht nachgewiesen werden. Diese Öffnung wurde als die eines überzähligen 3. (doppelten rechten) Ureters angesehen. Die Cystoskopie unterblieb oder wurde nicht notirt. Bei der Operation wurde nach Resektion des distalen Ureterendes vergeblich versucht, das nunmehrige Ende des Harnleiters in die Urethra einzuheilen. Es bildete sich eine Ureter-Scheidenfistel. Heilung wurde erst nach Vornahme mehrerer Nachoperationen erzielt, als Ureter und Blase mit einander vernäht wurden. **Scheunemann** (Breslau).

6) **A. Foges (Wien). Ein Fall von Blasenektopie und Spaltbecken.**

(Prager Zeitschrift für Heilkunde 1899. Hft. 4.)

Die jetzt 31 Jahre alte Pat. hat von Jugend auf durch das Harnträufeln viel gelitten. Im 13. Jahre erhielt sie einen primitiven Recipienten aus Blech, der beim Gehen und Sitzen störte, sie hielt sich desshalb schief und saß stets nur auf der rechten Seite, konnte aber gut laufen, springen und tanzen. Sie verstand ihr Leiden dem Hausarzte lange zu verbergen, wünschte jedoch jetzt wegen des intensiven Harngeruches Heilung. Harn seit Jahren eitrig-trüb. Symphysenspalt 7 cm, nach oben zu das Lig. interpubicum tastbar; an der Bauchhaut dicht darüber strahlige Narbenzüge, keine Nabelandeutung. In der ektopischen, leicht blutenden Blase beide Ureterenmündungen sichtbar. Große Labien und Schamhaare gehen weit aus einander. Urethra, Präputium, Clitoris und Frenulum fehlen; angeborener Uterusprolaps. Kyphoscoliosis dorsalis dextra. In Narkose nach Reposition der Blase Abpräparirung des Schleimhautrandes am Spalt, Einstülpungsnähte, Anlegung einer schiefverlaufenden Fistel (Witzel), Verweilkatheter, Ventrifixatio uteri (Prof. Gersuny). Nach 4 Wochen prolabirt die Blase wiederum. Verlauf fieberhaft in Folge von Pyelitis. 3 Monate später wird (nach gründlichen Irrigationen beider Nierenbecken) eine neue Blase aus dem ausgeschalteten unteren Rectum gebildet (Gersuny's Modifikation der Maydl'schen Methode): Köliotomie, die Flexura sigm. wird hervorgeholt und an 2 Stellen abgeschnürt (Jodoformdochte), hierauf außen bogenförmiger Schnitt, der den vorderen Rand der Rectumschleimhaut vom Sphincter ani abtrennt, vom Spalt am Innenrande des Sphinkters aus wird die vordere Wand des Rectums abgelöst bis zur Eröffnung der Plica recto-uterina. Nun wird das Rectum quer von der Flexur getrennt (zwischen den beiden Abschnürungen) und der obere bewegliche Antheil der Flexura durch den Schlitz im Peritoneum vor die abpräparirte vordere Rectalwand bis in den Spalt am inneren vorderen Sphinkterrande gezogen und durch umsäumende Katgutnähte hier fixirt. Nachdem so aus der Flexur ein neues Rectum hergestellt ist, wird dann das Blasenstück mit den Ureteren umschnitten, beweglich gemacht und an das proximale Stück des Rectums exakt fixirt. Schließlich steht so die aus dem ausgeschalteten Rectumstücke geschaffene Blase und der aus dem herabgezogenen Flexurantheile gebildete Mastdarm unter der Wirkung eines gemeinsamen Schließmuskels. Tod an Pyelonephritis, keine Peritonitis (Sektionsbefund). Das Kreuzbein zeigt an der hinteren Fläche einen 9 cm langen Längsspalt. Nach der Nomenklatur v. Winckel's handelt es sich hier um eine »Inversio vesicae cum prolapsu per fissuram«. **Piering** (Prag).

7) C. P. Noble (Philadelphia). **Schluss einer Blasen-Scheidenfistel nach Hysterektomie und anderen operativen Eingriffen von der Vagina aus.**

(Amer. gynaecol. and obstetr. journ. 1898. November.)

Nach Totalexstirpation des Uterus (Klemmen) hatte sich eine für 3 Finger durchgängige Blasen-Scheidenfistel gebildet. Als sie zur Operation kam, war der rechte Rand der Vaginalwand bereits wieder krebsig. Trotzdem gelang es N., wenn auch sehr schwer (Schluss der Blase für sich), die Fistel zu schließen. Am 10. Tage wurde minimales Harnträufeln konstatirt. Auch dieses schwand nach 5wöchentlicher Dauerdrainage. **Graefe** (Halle a/S.).

8) Kelly (Baltimore). **Eine neue Operation der Blasen-Scheidenfistel.**

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1899. Juni.)

Im Falle schlechter Zugängigkeit einer Blasen-Scheidenfistel, zumal auch bei Vorhandensein vielen Narbengewebes, macht K. einen Bauchschnitt oberhalb der Symphyse, trennt die Harnblase ab, frischt an und näht nun die Schleimhaut, indem man die Höhle der Blase verkleinert. Etwa nicht abtrennbare Schleimhautreste kann man ruhig in der Bauchhöhle belassen, doch legt man dann von der Scheide aus bis dorthin einen Drain ein. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

9) Pilzer. Über Blasensteine beim Weibe und den Werth der Cystoskopie zur Diagnose derselben.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1898.

2 Fälle von Blasensteinen, die cystoskopisch diagnosticirt und in Narkose nach Dilatation der Harnröhre mittels der Winter'schen Abortzange extrahirt wurden. Der eine hatte Walnussgröße, der andere war 5 cm lang und 2 cm dick und wies als Kern einen goldenen Crayon auf, der nach Aussage der 18jährigen Pat. von der Oberin eines Pariser Pensionates Zwecks Stillung einer menstruellen Blutung in die Vulva geschoben war. Die Harnröhre war in beiden Fällen durch 2 seitliche Einschnitte gespalten worden, die nach der Operation durch die Naht geschlossen wurden. Heilung in beiden Fällen. **Stoeckel** (Bonn).

10) L. Imbert. Ureterenkatheterisation.

(Gaz. des hôpitaux 1898. No. 69.)

Verf. behandelt zuerst die Geschichte der Cystoskopie und des Katheterismus der Ureteren. Hierauf folgt eine genaue Beschreibung des Instrumentariums und der Methode der Cystoskopie. Die Indikationen des Ureterkatheterismus werden eingehend besprochen und hieran die therapeutischen Erfolge angeschlossen. — Er unterscheidet einen Ureterkatheterismus zu diagnostischen Zwecken und einen solchen zu therapeutischen Maßnahmen. Verf. empfiehlt das Verfahren aufs lebhafteste. **R. Biermer** (Wiesbaden).

11) Vallas (Lyon). **Vesicovaginalfistel nach einer totalen Hysterektomie wegen Fibroms.**

(Lyon méd. 1899. Oktober 8.)

Abdominale Operation bei einer 47jährigen Frau mit großem Fibrom, das Blutungen und Drucksymptome auf Blase und Mastdarm verursachte. »Einige Tage« nachher tritt Inkontinenz ein durch eine sehr große Blasen-Scheidenfistel, die in 2 Sitzungen geschlossen wird. V. hat bestimmt bei der Operation die Blase nicht verletzt und erklärt sich die Entstehung der Fistel durch nachträgliche Gangrän der der Stütze am Fibrom beraubten Blasenwand. Ein Vorgang, der, wie Fochier dazu bemerkt, durch die immerhin bei der Operation eintretende Wandverdünnung und Schädigung der Ernährung des Blasengrundes durch die Abbindung der mit Zufuhr liefernden Kommunikationen von der Uterina her sich denkbar mache. **Zeiss** (Erfurt).

12) M. Zondeck (Berlin). Beitrag zur Lehre von den Blasenhernien.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. Hft. 5 u. 6.)

Die beiden mitgetheilten Fälle unterscheiden sich dadurch von der Mehrzahl der gerade in neuester Zeit sich häufenden Beobachtungen, dass die Diagnose vor der Operation gestellt wurde. Bei beiden wurde die herniöse Ausstülpung mit Erfolg resecirt. **Calmann** (Hamburg).

13) R. Savor (Wien). Über den Keimgehalt der weiblichen Harnröhre.
(Hegar's Beiträge Bd. II. Hft. 1.)

Die an einzelnen Untersuchungen, Angaben und Tabellen reiche Arbeit gipfelt in folgenden Resultaten:

Bei gynäkologisch kranken Frauen findet sich die Urethra in 71,8% der Fälle keimhaltig. Bei gonorrhoischer Erkrankung fand sich die Urethra nur in 12,2% der Fälle steril (gegen 36,5% bei nicht gonorrhoischen).

Bei Schwangeren fand sich die Harnröhre frei von Keimen in 24,8%. Der Einfluss der Gonorrhoe ist hier wenig ausgesprochen.

Im Wochenbette zeigt sich eine starke Zunahme der keimhaltigen Fälle. Nur 5,78% wiesen eine bakterienfreie Harnröhre auf. Die Mehrung ist bedingt durch das häufigere Auftreten von Staphylococcus pyogenes albus, Bacterium coli und Streptokokken. Ein wesentlicher Einfluss der Gonorrhoe konnte wiederum nicht nachgewiesen werden.

In praktischer Hinsicht sei daraus der Schluss zu ziehen, dass man eine Prophylaxe der Katheterisationscystitis durch eine desinficirende Ausspülung der Blase nach dem Katheterismus durchführen muss. **Flatau** (Nürnberg).

14) Steiner (Berlin). Über großcystische Degeneration der Nieren und der Leber.
(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 41.)

S. beobachtete 2 Familien, in deren einer der Vater, seine Schwester und ein 10jähriger Sohn an rechtsseitiger Cystenniere litten, bezw. gestorben waren, während mehrere kleinere Kinder durch höckrige, noch kleine Nieren und leichte Albuminurie verdächtig waren. In der zweiten leiden sämmtliche 3 Geschwister und ein Theil der Kinder an der Krankheit. Der Vater der 1. Familie litt außer an Cystenniere auch noch an Lebercysten. Dies gleichzeitige Vorkommen wurde (Lejar) in 63 Fällen 18mal beobachtet.

S. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Krankheit hat einen exquisit hereditären Charakter; die Tumoren sind bei der Geburt angelegt und beginnen im mittleren Lebensalter zu wachsen.

2) Die Entwicklung der Tumoren tritt nicht in beiden Nieren zugleich in Erscheinung, sondern auf der einen Seite bedeutend früher als auf der anderen. Dies ist von praktischer Wichtigkeit, da auch schon in neuerer Zeit Cystennieren exstirpirt wurden unter der falschen Diagnose eines einseitigen malignen Tumors.

3) Die bisherige strenge Unterscheidung der Anatomen zwischen kongenitaler und erworbener Cystenniere ist nicht mehr aufrecht zu erhalten.

4) Die Cohnheim'sche Theorie über die kongenitale Anlage von gewissen Geschwülsten scheint durch die angeführten Thatsachen, wenigstens für eine gewisse Gruppe von Tumoren, gestützt zu werden. **Graefe** (Halle a/S.).

15) R. Ziegenspeck (München). Zur Therapie des Harnträufelns.
(Deutsche Ärztezeitung 1899. Hft. 14.)

Z. empfiehlt zur Beseitigung des (von Fisteln, Parametritis, Pelveoperitonitis, Cystitis unabhängigen) Harnträufelns 4 Methoden, welche er vom Leichteren zum Schwereren fortschreitend anwendet:

1) Die Schließmuskeldrückung nach Thure Brandt (mittels des in die Vagina geführten Fingers wird ein möglichst energischer, fibrirender Druck gegen die Harnröhre, einmal von rechts, einmal von links herkommend, ausgeübt).

2) Die Dehnung des Blasenschließmuskels nach Sänger (Einführung eines Metallkatheters, Bewegung desselben in der Richtung seines Querdurchmessers nach allen Seiten).

3) Schließmuskelnaht (Einführung einer Schultze'schen Sonde mit dickem Knopfe [8—10—12 mm]. Durch tastendes Zurückziehen des letzteren Feststellen der Gegend des Blasenhalses und Schließmuskels. Markirung dieser Stelle. Nach Einführung eines dicken Katheters in die Harnröhre Herumführen eines Fil de Florence-Fadens um Harnröhre und Schließmuskel, Ein- und Ausstich desselben auf der Scheidenhaut möglichst nahe bei einander. Knüpfung des Fadens über einem Kinderkatheter. Entfernung nach 8—10 Tagen.)

4) Schließmuskelresektion. (In Narkose Exploration der Schließmuskelgegend wie oben; über dickem Katheter Längsschnitt und Zurückpräpariren der Schnittränder. Blutstillung durch Torsion bezw. Kompression. Emporheben des Sphinkters mit der Pincette, Ausschneiden eines $1/2$ cm langen Stückes. Vereinigung der Muskelbündelchen durch 2 feine Katgutsuturen über einem dünnen Katheter. Knopfnähte der Scheidenwundränder.) **Graefe** (Halle a/S.).

Operationslehre.

16) **N. Ratchninsky** (St. Petersburg). Über die Angiothrypsie.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1899. No. 3.)

R. hat auf Anrathen und mit Unterstützung von v. Ott Untersuchungen bezüglich der Angiothrypsie bei Thieren angestellt. Untersuchungen an 4 Hunden und an 2 menschlichen Nabelschnuren; 1mal ohne, 1mal mit Erfolg.

Die mikroskopische Untersuchung der entsprechenden angiothrypsirten Partien zeigte, dass in den Gefäßen das centrale Lumen verschwand; dagegen ist die Verschmelzung der Gefäßwände nicht immer (auf einem Gewebsquerschnitte) überall ausgesprochen; auch hat die Tunica externa die Tendenz, in ihre alte Stellung zurückzukehren, was zu Blutung führen kann.

Die Untersuchungen weisen darauf hin, dass man eventuell die Kraft der Kompression verstärken muss oder dass in den Kompressionsflächen eine Änderung der Form vorgenommen werden sollte, so dass eine Branche in die andere hineingetrieben werden könnte.

Schlussfolgerungen:

1) Die Blutstillung mit der Angiotribe von Tuffier ist möglich.

2) In gewissen Fällen ist diese Blutstillung eine nur temporäre.

3) Bei der vaginalen Hysterektomie ganz besonders ist eine Nachblutung nach Angiothrypsie nicht selten und erheischt nachfolgende Laparotomie.

4) Die Idee der Blutstillung vermittels der Angiotribe muss weiter verfolgt werden; jedoch ist die Applikation der bis jetzt bekannten Instrumente, zum wenigsten an voluminöseren Gefäßen, mit zu großen Gefahren verbunden.

Beuttner (Genf).

17) **Doyen.** Blutstillung.

(Gaz. des hôpitaux 1898. No. 55.)

D. berichtet über seine Erfahrungen, die er mit dem von ihm angegebenen Angiothryptor gemacht hat. Bei einer großen Anzahl von Laparotomien und 60 vaginalen Hysterektomien hat sich das Instrument ausgezeichnet bewährt und wurde bei dieser Methode niemals eine sekundäre Nachblutung beobachtet.

R. Biermer (Wiesbaden).

18) **J. O'Conor** (Buenos Ayres). Eine Reihe von 138 Laparotomien.

(Glasgow med. journ. 1899. März.)

Die sämmtlichen Fälle sind tabellarisch geordnet; der einzige Todesfall betraf eine abdominale Hysterektomie wegen Fibroms des Uterus. 7 Fälle sind genauer

mitgetheilt, von denen folgende, als etwa hierhergehörig, herausgenommen werden mögen:

1) Beckenhydatide, Heilung. Binnen des kurzen Zeitraumes von 3 Monaten musste Verf. 3mal an ein- und derselben Frau wegen Hydatidencysten des Ovariums und Netzes Köliotomie machen. Bei der 3. Operation fand er, nachdem eine Cyste aus dem Netze entfernt war, eine zweite, tief im Becken, mit Uterus, linkem breiten Ligament und Därmen verwachsen. Die Enukleation gelang nicht; die Cyste wurde mittels Trokars entleert, die Öffnung vergrößert, und, nachdem mit großer Schwierigkeit das Parietalperitoneum (nach Mayo Robson's Methode) in die Tiefe gezogen war, mit der Bauchwunde vernäht. Heilung in 6 Wochen. Verf. bedauert, diese Cyste nach Schluss der Bauchwunde nicht von unten in Angriff genommen zu haben.

2) Vereiternde (nach 2maligem Punktiren) Ovariencyste, mit Leber, Milz und und Beckenorganen, so wie ganzer Fläche der vorderen Bauchwand verwachsen. 4 Wochen Gazetamponade; Heilung.

3) Hydatidencyste der Milz, mit langem Stiele, Milzgewebe völlig wegatrophirt. Lindemann's Operation; Heilung.

4) Appendicitis und Salpingitis, Operation, Heilung. Proc. vermiformis, rechte Tube und Ovarium ein Adhäsionskonglomerat. Ersterer wird amputirt, letztere nur gelöst; bedrohliche Blutung, Drainage; Heilung. **Zeiss** (Erfurt).

19) H. Robb (Cleveland). 65 Bauchschnitte hinter einander ohne Todesfall.

(Med. news 1899. Mai 27.)

R. beschreibt seine Technik, mit welcher die aus der Überschrift ersichtlichen schönen Erfolge erzielt wurden. Es sei nur erwähnt, dass er selbst so wie seine Assistenten Handschuhe, Überärmel und Kopfkappen von Gummi tragen, dass er nach jeder Operation die Bauchhöhle mit etwa 500 ccm heißer sterilisirter Salzlösung ausspült und, wenn nöthig, Gazedrainage anwendet (nur 1mal). Gegen den Chok braucht er Strychnineinspritzungen und Klystiere von heißem Kaffee, starken Durst bekämpft er durch etwas heißes Wasser innerlich und als Klystier. Schon am 2. Tage nach der Operation sorgt er für Öffnung durch eine mäßige Kalomeldose, nöthigenfalls in 2 Stunden gefolgt von einem Klystier mit Seife und Glycerin. Gegen erhebliche Tympanitis legt er ein Mastdarmrohr ein und lässt ein Klystier mit Terpentin, Öl und Wasser geben, so wie auch Umschläge mit Terpentin. Großen Werth legt er Behufs besseren Ablaufens der Wundsekrete, dass nach der Operation eine halb aufrechte Stellung im Bette innegehalten werde.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

20) Tissot. Wasserstoffsuperoxyd.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 101.)

T. empfiehlt die Anwendung des Wasserstoffsuperoxyds als ausgezeichnetes Desinficienz besonders bei eiternden Wunden. Das Wasserstoffsuperoxyd hält sich gut, reizt nicht die Umgebung, macht keine toxischen Erscheinungen, verursacht keine Schmerzen, wirkt blutstillend und desodorirend, eine Reihe Vorzüge, die es anderen Desinficienzien gegenüber voraus hat. **R. Biermer** (Wiesbaden).

21) Schelkly (Haag). Über Wundnaht und subkutane Wundnaht.

(Med. Weekbl. v. Noord- en Zuid-Nederland 6. Jaarg. No. 10.)

Seit einiger Zeit macht Verf. in allen Fällen, wo er Etagennaht anlegen will, den Schnitt so, dass ein Hautlappen gebildet wird; dieser Hautlappen wird zurückgeschlagen, die Incision der tieferen Schichten (Aponeurosen, Fascien etc.) geschieht in der üblichen Weise und an gewöhnlicher Stelle. Nach Ablauf kommt die Etagennaht; der Hautlappen wird, vom Fett entblößt, mittels perkutaner Suturen an seiner früheren Stelle wieder fixirt, kleine Gazestreifen zur Drainage eventuellen Wundsekretes untergeschoben. Die Hautnaht liegt also parallel und seitlich von der Tiefennaht.

Verf. meint, dass in dieser Weise durch die aufliegende intakte Haut die Narbe der tieferen Schichten und das versenkte Nahtmaterial gegen Insulte und Infektion von außen besser geschützt ist und hofft, dem Auswandern von Nahtmaterial aus der Tiefe und dem Auftreten von Narbenhernien vorzubeugen.

Die Methode wurde angewandt bei Herniotomien, Laparotomien, Exstirpation von Varicen etc. Bis jetzt ist Verf. mit seinen Resultaten sehr zufrieden, ein endgültiges Urtheil lässt sich bei der kurzen Beobachtungszeit noch nicht abgeben.

Semmelink (Leiden).

22) **E. Copeland** (Milwaukee). Katgut bei der Abdominalchirurgie.

(Med. age Vol. XVII. No. 15.)

C. verwendet in Alkohol gekochtes Katgut. Er benutzt zur Sterilisirung einen von Dowd angegebenen Apparat (Med. record 1892 December 3). Den Stiel bei Ovarientumoren etc. unterbindet er stets mit einer Massenligatur. Bei der Ventrofixation räth er in unkomplicirten Fällen oder, wenn Tuben und Ovarien entfernt worden sind, nur mit einer Naht (No. 6), bei großem Uterus mit 2 Nähten zu fixiren, welche nur durch Peritoneum und Muskel, nicht durch die Haut geführt werden. Ein Recidiv sah er nie.

Die Bauchwunde schließt C. durch eine 3fache, fortlaufende Etagennaht.

Graefe (Halle a/S.).

23) **C. P. Noble** (Philadelphia). Sollen resorbirbare oder nichtresorbirbare Ligaturen und Nähte bei der Hysterektomie und Salpingo-Oophorektomie verwandt werden?

(Med. news 1898. Oktober 15.)

N. hat bei der Bauchdeckennaht in 472 Fällen versenkte Silkwormgutnähte benutzt. Nur bei 10 Pat. kam es zu einer Eiterung und nur bei 2 von diesen entwickelte sich später ein Bruch. Letzteres war auch bei einer Operirten der Fall, bei welcher die Wunde nach Beseitigung eines großen Nabelbruches p. p. i. geheilt war. Nach länger als einem Jahre gab die Narbe bei einem heftigen Influenzaanfalle nach.

Die versenkten Silkwormgutnähte machen keine Beschwerden. Nur nach dem Alexander-Adams wurde dies mehrmals beobachtet. Hier bedient sich N. daher jetzt der fortlaufenden Chromkatgutnaht. Er geht überhaupt mit der Absicht um, das unresorbirbare Nahtmaterial völlig durch Katgut zu ersetzen. Zur Sterilisirung scheint ihm die Methode mittels Kumol absolute Sicherheit zu geben.

Graefe (Halle a/S.).

24) **F. de Quervain** (Chaux-de-Fonds). Zur Verwendung der Tabaksbeutelnaht.

(Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 27.)

Da bei der Eröffnung der Bauchhöhle sich die Adhäsionen mit besonderer Vorliebe zwischen der Gegend der Peritonealnaht und dem darunter liegenden Darme oder Netze entwickeln, so wäre es zweckmäßig, die zur Verwachsung neigende Fläche auf ein Minimum zu verkleinern. Dies gelingt vollständig durch die Anwendung der Tabaksbeutelnaht zum Verschlusse der Bauchfellwunde. Durch Leichenversuche konnte sich Verf. davon überzeugen, dass diese Naht bedeutend widerstandsfähiger ist als die Lembert'sche. Er führt sie in 2 Formen aus, die er als einstülpende und ausstülpende bezeichnet. Die erstere kommt zur Anwendung beim Verschlusse eines Hohlorganes (Darm, Gallen- und Harnblase); die ausstülpende Methode eignet sich zur Vereinigung von Bauchfellwunden, verlangt jedoch eine gewisse Verschieblichkeit des Bauchfelles. Auch ist sie nur bei mäßig großem Bauchschnitte in den unteren Partien der Bauchhöhle ausführbar. Fascien, Muskeln und Haut werden in gewohnter Weise durch Etagennähte vereinigt.

Calmann (Hamburg).

25) **D. Stapler** (S. Paulo). Neue Nahtmethoden mit ausziehbaren Fäden.

(Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 41.)

Die Nachtheile der liegenbleibenden Nähte sind allgemein bekannt. Zu ihrer Vermeidung schlägt S. 2 Methoden vor. Die eine, die er nur ein einziges Mal bei einer Blasennaht ausgeführt hat, ist ziemlich umständlich und ohne Abbildungen schwer verständlich. Das 2. Verfahren, das sich hauptsächlich zum Schlusse von Laparotomiewunden eignen soll, besteht darin, dass von einer Seite der Wunde ein Faden durch Haut, Muskel, Fascie und Peritoneum, dann nur durch Peritoneum, Fascie und Muskel der anderen Seite und nunmehr wieder durch die Haut der Einstichseite geführt und dort über einem Gazebausche geknüpft wird. In Zwischenräumen von 2 cm wird abwechselnd von je einer Seite aus die nöthige Anzahl von Nähten angelegt und dann die Hautwunde mit gewöhnlichen Knopfnähten geschlossen. Alle Nähte lassen sich mit Leichtigkeit entfernen.

Calmann (Hamburg).

26) **Rehn** (Frankfurt a/M.). Darmverstopfung durch eine Mullkompresse.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LX. Hft. 2.)

Die 32jährige Pat. wurde mit den Erscheinungen einer diffusen Peritonitis in das Krankenhaus gebracht. Die Peritonitis ging von einer geplatzten Pyosalpinx aus, die so fest mit der Flexura iliaca verwachsen war, dass bei der scharfen Abpräparirung ein Stück der Geschwulstwand am Darme gelassen werden musste; es wurde dann eine Tamponade durch den Douglas ausgeführt. Nach 8 Tagen zeigte sich bei Entfernung der Gaze eine kleine Kothfistel, die sich bald darauf von selbst schloss. Nach 4 Monaten traten plötzlich heftige Schmerzen mit Krampfanfällen auf; im Epigastrium fand sich ein wurstförmiger, druckempfindlicher Tumor, außerdem bestanden die Erscheinungen des Darmverschlusses. Eine geschwulstartige Darmschlinge, die beginnende Gangrän zeigte, wurde in der Länge von 40 cm resecirt; die Pat. genas. Die Geschwulst bestand aus dem Darmstücke und einer in dem Lumen freiliegenden zusammengedrehten Mullkompresse. R. kann sich dies Ereignis nur so erklären, dass die bei der 1. Operation zurückgebliebene Mullkompresse in den Darm durchgebrochen und dort steckengeblieben war. Er stützt sich dabei auf die von anderer Seite ausgeführten Thierversuche, die beweisen, dass Kompressen längere Zeit im Leibe bleiben können, ohne auch nur die geringsten Störungen hervorzurufen. **Calmann** (Hamburg).

27) **E. Alterthum** (Freiburg). Die Folgezustände nach Kastration und die sekundären Geschlechtscharaktere.

(Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

Des Autors Ausführungen stützen sich auf persönliche Untersuchungen von 107 Operirten. Unter diesen waren 57 Kastrationen und Salpingotomien, 26 doppelseitige Ovariotomien und 24 supravaginale Uterusamputationen mit Wegnahme beider Eierstöcke.

Die Menopause trat sofort ein in allen Fällen von supravaginaler Amputation. In 55,5% der Fälle trat die Menopause nach Kastrationen etc. sofort ein, in 25,8%, nachdem es noch einige Zeit geblutet hatte. In 81,3% trat die Menopause überhaupt ein, während in 18,7% der Fälle die Periode noch fortbesteht. Nasenbluten, das etwa als vikariirende Menstruation aufgefasst werden konnte, wurde nur 2mal beobachtet. War einmal Menopause eingetreten, so konnten sog. Molimina menstrualia nicht konstatirt werden. Dagegen fehlten fast niemals jene nervösen Erscheinungen: Wallungen, Flimmern, Schwindel, Ohrensausen, deren Summe man als »Ausfallserscheinungen« charakterisirt. Es ist nicht unwichtig, dass dieselben nach supravaginalen Uterusamputationen seltener und schwächer auftraten, als nach Kastrationen und Ovariotomien. Eine förmliche Kachexia ovaripriva dagegen kann A. nicht anerkennen. Was die Veränderungen der Psyche

anbetrifft, so fand sich nach supravaginalen Amputationen keine Änderung. In 111 Fällen von Kastrationen etc. dagegen war 64mal die Gemüthsstimmung gestört. Wirklich störende Gedächtnisschwäche wurde nur 1mal konstatirt. Eine Herabminderung der Libido fand sich in 68,4%, der Voluptas in 68,6% der Fälle.

Was die anatomischen Veränderungen des Körpers anbetrifft, so wurde niemals abnorme Behaarung beobachtet, eben so wenig Veränderungen der Hautpigmentirung; auch nicht 1mal die viel behauptete Veränderung der Stimme. Niemals zeigten sich die Brüste geschrumpft. Warzenhof und Warze waren sich stets gleich geblieben. Eine wirklich auffallende Zunahme der Körperfülle fand sich nur in 29,5% der Fälle.

Ganz regelmäßig stellen sich die bekannten Involutionsvorgänge an den Genitalien ein: Schrumpfung, Blutungen, halbmondförmige Falten, Verklebungen, Strikturen etc. An diesen Vorgängen nimmt auch der Uterus in seinen 3 Theilen Antheil. Übereinstimmend mit Wiedow, Glaeveke, Hermes und Pfister konnte bezüglich des Einflusses der Kastration auf die Schrumpfung der Myome festgestellt werden, dass eine solche in 97% der Fälle eingetreten war.

A. bewerthet die Veränderungen nach Abtragung der Ovarien so gering, dass er die Nothwendigkeit, an Stelle der vollkommenen Exstirpation derselben konservative Operationen zu setzen, wie etwa Resektionen u. A., leugnet. Desswegen kann er auch den Vorschlag Abel's und Schmitz's nicht befürworten, bei der Myomotomie die Eierstöcke zurückzulassen, um so weniger, als schon mancher Operateur sich gezwungen gesehen hat, die geschonten Organe nach einer 2. Köliotomie wieder zu entfernen. **Flatau** (Nürnberg).

28) **R. Macphail.** Postoperative Geistesstörungen.

(Brit. med. journ. 1899. September 23.)

Nach gynäkologischen Operationen und in zweiter Linie nach ophthalmologischen Operationen scheinen am häufigsten Geistesstörungen beobachtet zu werden. Meist tritt die Störung unter dem Bilde der akuten hallucinatorischen Verrücktheit auf. Die Erblichkeit spielt nicht die Rolle wie bei anderen Formen des Irrsinns (22 : 27%). Urämische Hirnsymptome und akute Toxämien durch Antiseptica gehören nicht zu den postoperativen Geistesstörungen. Heilung sah M. in 60% der Fälle. Die Häufigkeit der Erkrankung nach gynäkologischen Operationen wird sehr verschieden angegeben, es berechnet Keith 10% (nach Hysterektomien) und Hourans nur 2‰ (nach Laparotomien). **Bissmann** (Osnabrück).

Verschiedenes.

29) **E. Lilienfeld** (Prag). Über den anatomischen Befund an dem Genitalapparat einer 31jährigen Frau 7 Jahre nach bilateraler Kastration.

(Prager Zeitschrift für Heilkunde Bd. XIX. Hft. 5 u. 6.)

Die Kastration (Prof. Schauta) war wegen bilateraler chronischer Oophoritis und schwerer Hysteroepilepsie mit gutem Erfolg gemacht worden. Die seit 6 Jahren bestehenden Krampfanfälle kehrten allerdings später von psychischen Störungen begleitet wieder. Tod an Pneumonie. Aus der Übersicht der Befunde am Genitalapparat sei als charakteristisch hervorgehoben: das äußere Genitale zeigte sich von normaler Beschaffenheit, wie es auch bei natürlicher Menopause der Fall ist, wenn der Ernährungszustand der Haut gut bleibt. Die Scheide zeigte die dem physiologischen Senium zukommende Verkürzung, Erschlaffung und Glättung der Oberfläche, nebstdem aber eine trichterförmige Verengerung des obersten Abschnitts, so dass sich ein Scheidengewölbe nicht konstatiren ließ, eben so wenig eine in das Lumen der Scheide vorspringende Portio. In der Wandung der Scheide sind nur die elastischen Fasern und Papillen an Zahl geringer, die sonstigen Gewebselemente hingegen gerade hier quantitativ und qualitativ am besten erhalten.

Der Portioschwund ist hauptsächlich bedingt durch Schwund des für die Portio so charakteristischen Bindegewebes (im Gegensatz zu anderen ähnlichen Fällen), nur zum geringen Theil auch durch Atrophie der inneren Muskelfaserschichten so wie der elastischen Fasern. Der auffällig dünne, plattenartige und schlaffe Uterus zeigt äußerlich keine genaue Abgrenzung zwischen Collum und Corpus, beide Theile sind gleich dick, auch die Prominenz des Fundus über die Tuben fehlt. Das Collum, um 0,6 cm gegenüber der Norm verkürzt, zeigt deutliche Plicae, das Corpus hat an Länge um 1,4 cm, an Breite um 1,2 cm, an Dicke um 1,9 cm und in seiner Wandung um 0,4 cm verloren. Der Uterus ist demnach durch Atrophie der Muscularis und Mucosa nach 7jähriger künstlicher Klimax derart involvirt, wie es physiologischerweise erst in einer doppelt so langen Zeit zu geschehen pflegt. Bemerkenswerth ist auch die normale Lage (gegenüber der Retroversio seniler Uteri) und die platte Form (gegenüber der Kugelform des senilen Uterus). Auch die Adnexstümpfe weisen Zeichen der Rückbildung auf, das Ligam. ovarii proprium fehlt vollständig, das Ligam. rot. erscheint wie eine bandartige Peritonealverdickung. Außer dieser Atrophie des gesammten Genitalapparats fanden sich am Körper keinerlei senile Veränderungen, desshalb ist hier auch der Einfluss der Geisteskrankheit, der nach Gottschalk ebenfalls zu unheilbarer Uterusatrophie führen kann, wohl auszuschalten. Zum Schluss giebt L. eine gute Zusammenstellung unserer bisherigen pathologisch-anatomischen Kenntnisse der Involutionsvorgänge am weiblichen Genitale nach Kastration.

Piering (Prag).

30) **Ehret.** Über Hervorwölbung und Perforation des Nabels bei Stauungsascites.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 15.)

Verf. giebt unter Beifügung einer Abbildung die Krankengeschichten von 4 Fällen, in einem trat die Perforation 4mal auf, in 2 je 1mal. Die Größe, die der Nabel hierbei erreichen kann, ist eine sehr beträchtliche: im Falle 3 hatte derselbe: Umfang am Stiel 27, Durchmesser 10, Höhe $7^1/_2$ cm. Nach der Perforation hat sich der Nabel sofort völlig geschlossen; dadurch wurde auch eine Infektion verhütet.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

31) **Godart.** Verschlossene Vagina. Pyosalpinx.

(Policlinico 1899. No. 5.)

25jährige Frau klagt über Schmerzen bei den Menses, die, sehr schwach, nur 2—3 Tage dauern, in der rechten Seite des Unterleibes. Die Vulva ist normal, die Vagina endet in einer Tiefe von 6—7 cm blindsackförmig und nur in der linken Seite kann man mit einer Sonde weiter eindringen. Per vaginam ist kein Uterus zu fühlen, per rectum dagegen lässt sich das Collum uteri in Retroversion sammt einem ihm angelagerten rechtsseitigen Adnextumor abtasten.

Da die Frau sich sehr Kinder wünscht, geht man unter Leitung der Sonde durch die kleine Öffnung in die Tiefe ein und es gelingt, in das Collum uteri einzudringen, welches dilatirt, ausgekratzt und breit drainirt wird. In derselben Sitzung wird die Laparotomie gemacht, der stark mit dem Netze verwachsene Pyosalpinxsack entfernt und das rechte Ligamentum rotundum verkürzt, um die Retroversio zu beseitigen. Die linke Tube ist gesund, das cystische Ovarium wird theilweise resecirt.

Der Erfolg war ein ausgezeichneter. Der Eiter in der Tube enthielt Staphylokokken und es ist wunderbar, wie die von unten eingedrungenen Bakterien auf diesem gewundenen Wege in die Tube gelangt sind.

Witthauer (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. **Sonnabend, den 5. Mai.** **1900.**

19 Fälle von Koincidenz von gut- oder bösartigen Neubildungen, vorherrschend der Geschlechtsorgane mit Scheinzwitterthum.

Mitgetheilt von
Franz Neugebauer,
Vorstand der gynäkolog. Klinik des Evang. Hospitales in Warschau.

Angesichts des Interesses, welches neuerdings der Frage des Scheinzwitterthums entgegengebracht wird, wie aus der stetig sich mehrenden Litteratur dieser Frage hervorgeht, habe ich mich entschlossen, das gesammte kasuistische Material zu sammeln und habe auf diese Weise bis jetzt ca. 720 Beobachtungen zusammengestellt, darunter 19 eigene. Je nach analogen Eigenheiten der einzelnen Fälle habe ich dieselben in besondere Gruppen gestellt. Im vorigen Jahre veröffentlichte ich eine Zusammenstellung von 50 Missehen »par erreur de sexe«, ich habe sodann in polnischer Sprache die Fälle veröffentlicht, wo eine »erreur de sexe« erhärtet wurde durch einen chirurgischen Eingriff (Pamiętnik Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 1899 III. 94 Seiten mit 68 Abbildungen). Der gleiche Aufsatz erscheint demnächst französisch: »44 Erreurs de sexe revélées par le scalpel du chirurgien. 71 opérations chirurgicales d'urgence, de complaisance ou de complicité pratiqées chez des pseudohermaphrodites

et des personnes du sexe douteux«. Sodann ist gegenwärtig in dem »Jahrbuche für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität« ein Aufsatz von mir gedruckt: »17 Fälle von Koincidenz von Geistesanomalien mit Pseudohermaphroditismus«, endlich erschien kürzlich in der »Revue de gynécologie et chirurgie abdominale« in Paris ein Aufsatz: »Noch 3 Missehen ‚par erreur de sexe‘. 11 Fälle von Auflösung einer Verlobung wegen Konstatirung männlichen Geschlechtes der Braut und 15 Fälle von Konstatirung männlichen Geschlechtes bei Prostituirten«. Heute möchte ich diesen synoptischen kleinen Arbeiten einen neuen Beitrag folgen lassen, der nicht minder interessantes Material bringt. Auf eine Gesammtkasuistik von 720 Beobachtungen finden sich 19 von Koincidenz des Scheinzwitterthumes mit gut- oder bösartigen Neubildungen, vorwiegend die Geschlechtsdrüsen betreffend. Unwillkürlich wirft sich die Frage auf, ob wohl hier ein ätiologischer Zusammenhang, ein Kausalnexus besteht zwischen dem Scheinzwitterthume und der damit meist verbundenen mangelhaften Entwicklung der Geschlechtsdrüsen und einem bösartigen Neoplasma, Carcinom, Sarkom etc. — oder nicht? Ist eine Schlussfolgerung auf einen Kausalnexus erlaubt oder nicht? Diese Frage möchte ich an den Physiologen und pathologischen Anatomen richten.

Es seien nun diese 19 Fälle kurz berichtet:

No. 1: Abel (»Ein Fall von Hermaphroditismus masculinus mit sarkomatöser Kryptorchis sinistra«, Virchow's Archiv Bd. CXXVI. Berlin 1891). Albertine R., 33 Jahre alt, verlobt, trat in die Greifswalder chirurgische Klinik ein wegen eines Unterleibstumors. Perioden regelmäßig vom 20. Jahre an, zuletzt vor 2 Wochen (?). Man konstatirte linkerseits in der Unterleibshöhle ein großes Kystom, welches die Nabelhöhe überschritt. Hymen existirt, Scheideneingang sehr eng. Im Speculum erblickt man eine Vaginalportion des Uterus, aber ohne Muttermundsöffnung. In der rechten Leistengegend tastet man ein bewegliches Körperchen, welches zunächst für einen ektopischen Eierstock gehalten wurde. Die Diagnose wurde auf Hämatometra gestellt mit Scheidenatresie (?). Man versuchte von der Scheide aus die vorausgesetzte Hämatometra zu eröffnen mit Messer, Trokar und Finger. Es entleerten sich jedoch bei der Punktion von der Scheide aus nur einige Tropfen Blut und eine graue Masse. Man tamponirte hierauf die Scheide. Peritonitis mit Fieber bis + 41° C. folgte, Erbrechen etc. und am 4. Tage starb die Kranke. Sektion: Allgemeinaussehen der Leiche weiblich, auch das der Brüste. In der Bauchhöhle fand man einen Tumor, so groß wie eine 8 Monate schwangere Gebärmutter, in der rechten Leiste fand man 2 Gebilde, die nach mikroskopischer Untersuchung sich als Hoden und Nebenhoden erwiesen. Die Vulva sieht aus wie bei einem 12jährigen Mädchen, weist also eine Hypoplasie auf. Der Kitzler ist knapp 3 mm lang, die kleinen Schamlippen werden von den großen verdeckt. Unterhalb der weiblichen Harnröhrenöffnung liegt die Mündung der Scheide (6—8 cm Umfang ihres Lumens), Hymenalreste sichtbar. Die Scheide ist 4,8 cm lang, in ihrem Grunde sieht man links ein rudimentäres Collum uteri strotzen, Columnae rugarum auf den Scheidenwänden sichtbar. In dem Scheidengrunde findet sich der operative Stichkanal: »Von hier aus verläuft der Stichkanal in der Länge von 4,7 cm durch straffes, hinter der Vagina liegendes Gewebe, durchbohrt 2mal die Blase (?!) und dringt ein wenig in den großen Tumor ein.« Der mannskopfgroße Tumor erwies sich als ein Sarkom, von Peritoneum bedeckt und rechterseits mit dem

Netze verwachsen. Das Bauchfell bildete an der Vorderseite eine Duplikatur, einer Wagentasche ähnlich, deren freier Rand 12 cm in der Länge maß, deren Tiefe bis zu 3½ cm ging. 1 cm nach unten und rechts vom Grunde der Tasche entsprang retroperitoneal ein fester Strang, etwa von der Dicke eines Taschenbuchbleistiftes. Derselbe war völlig solid, endete an der einen Seite in der Geschwulst, in der man ihn nicht weiter verfolgen konnte, an der anderen verlor er sich im Bindegewebe der linken Leistengegend. Etwas unterhalb und rechterseits von diesem Strange fand sich die operative Einstichöffnung. Der rechtsseitige Nebenhode wies eine leiomatöse Degeneration auf. Der große Tumor war »ein Sarkom des linken Hodens, der in der Bauchhöhle zurückgeblieben war«. Schon dieser eine Fall lehrt, wie kolossalen Täuschungen der Arzt in der Diagnose unterworfen ist. Woraufhin hätte im gegebenen Falle der Gynäkolog das weibliche Geschlecht der Albertine anzweifeln sollen? (Eines ist mir in dieser Beobachtung unklar geblieben, worauf beruht die Angabe der regelmäßigen Menstruation vom 20. Jahre an? — N.)

No. 2: Audain (»Hermaphrodisme double, kyste dermoide des ovaires«, Annales de gynécologie et d'obstétrique 1893. p. 362). Audain operirte bei einer Frau von männlichem Aussehen, einer bedeutenden Clitorishypertrophie und männlicher Behaarung und entfernte 2 Ovarialdermoide nebst einer Parovarialcyste. Audain wirft die Frage auf, ob diese Ovarialdermoide nicht in kausalem Zusammenhange stehen mit dem heterosexuellen Aussehen der Person.

No. 3: Fehling (»Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus«, Archiv für Gynäkologie Bd. XLII. p. 561). P. B., 33 Jahre alt, Fräulein, hatte ihre Periode nur vom 15.—17. Jahre gehabt, seitdem Menopausis! Im 17. Jahre hatte die Pat. zum ersten Male in ihrem Unterleibe einen apfelgroßen Tumor bemerkt. Behaarung, Brüste und Stimme männlich. Clitoris 5 cm lang und erektil! Scheideneingang garnirt von einem Hymen und eng. Während die linke Schamlefze leer war, enthielt die rechte ein sehr druckempfindliches Gebilde, von dem aus ein Strang gegen den Leistenkanal hin verlief. Der Finger dringt rechterseits leicht durch den Leistenkanal in die Bauchhöhle ein. Der rechtsseitige Leistenbruch enthält keine Darmschlingen. Scheide 8 cm lang, Collum uteri ohne Muttermundsöffnung. Durch das hintere Scheidengewölbe tastet man den Tumor, den Fehling als Hämatometra ansprach. Nachdem jedoch eine 2malige Punktion dieser angeblichen Hämatometra durch die Bauchwand resultatlos geblieben war, gab Fehling diese Diagnose auf; es gelang ihm endlich, einen kleinen Uterus zu tasten. Er diagnosticirte hierauf einen Tumor des linken Eierstockes und eine labiale Ektopie des rechten. Bauchschnitt bestätigte die Diagnose. Es fand sich ein Myxosarkom des linken Eierstockes, der rechte Eierstock und die rechte Tube lagen in der rechten Schamlefze und wurden in die Bauchhöhle hineingezogen, dann die Bauchwunde vernäht. Es handelte sich also um einen weiblichen Scheinzwitter mit malignem Tumor einer Geschlechtsdrüse, Ektopie der anderen und einer Reihe sekundärer Sexualcharaktere des männlichen Geschlechtes, Hypoplasie des Uterus mit Mangel eines Muttermundes (Verwachsung?) und vorzeitiger Menopausis.

No. 4: Gruner (»Utero e trombe di Falloppio in un uomo«, Giorn. della R. Acad. di med. di Torino Anno LX. 1897 Mai. p. 229 u. 257—286). (Aufsatz aus dem Laboratorium des Prof. Giacomini). Am 9. Februar 1894 trat ein 36jähriger Telegraphist in die Turiner chirurgische Klinik ein wegen eines linksseitigen Leistenbruches. Der Bruch soll vor einem Monate entstanden sein. Der Kranke hatte das Gefühl, als habe sich der Hode vergrößert. Da er ein Bruchband absolut nicht vertragen konnte, so entschloss er sich, im Hospitale Hilfe zu suchen. Der Hodensack enthielt nur den linken Hoden und oberhalb desselben eine leicht reduktible Hernie. Während der Herniotomie musste Prof. Carle den Leistenring spalten und die Bauchhöhle eröffnen. Man fand den linken Hoden zu einem Tumor entartet, das Vas deferens und eine Muttertrompete in dem Bruche. Ein Stück Tube von 8 cm Länge lag in dem Bruche. In der Bauchhöhle fand man einen Uterus bicornis und die andere Tube. Carle amputirte den Uterus, indem

er nur das periphere Ende der rechten Tube in der Bauchhöhle zurückließ. Der Mann war seit langen Jahren verheirathet, erfüllte seine ehelichen Pflichten normal nach Aussage der Gattin, die Ehe war jedoch steril geblieben. Die Frau wusste nicht anzugeben, ob ihr Mann Blutverluste aus der Harnröhre gehabt hatte oder nicht. Es hinterblieb nach dieser Operation eine kleine Fistel und der Pat. verließ das Hospital. Er starb kurz darauf in Folge eines Tumors in der Bauchhöhle. Gruner giebt eine mikroskopische Beschreibung des von Carle exstirpirten Tumors, der sich als ein Teratom erwies. Gruner sagt ausdrücklich, es sei absolut unmöglich zu sagen, ob der Tumor aus einem Eierstocke oder aus einem Hoden entsprungen war, ist aber eher geneigt, den Hoden als Ausgangspunkt anzunehmen, wahrscheinlich da er ein Vas deferens neben dem Tumor gefunden hatte. Eine Sektion wurde nicht gemacht, da Pat. außerhalb der Klinik starb. Sie hätte vielleicht Klarheit in die Geschlechtsdiagnose gebracht, wer weiß, ob der später entstandene Tumor, der den Tod in der Folge veranlasst haben soll, nicht der rechtsseitigen Geschlechtsdrüse angehörte?

No. 5: Gunckel (citirt von Święcicki, Nowiny Lekarskie 1893). Ein junges Mädchen verräth sub pubertate geschlechtlichen Hang zu Frauen. In Folge einer Denunciation wegen Incest wurde dieses Mädchen schon 1863 einer gerichtlich-medicinischen Untersuchung unterworfen und wurde als Mann erklärt Angesichts des Vorwiegens männlicher Geschlechtsattribute (Penis, wenn auch leeres Scrotum, Bart). Ein Dekret der Regens gestattete jedoch der Person, nach wie vor weibliche Kleidung zu tragen. Das merkwürdige Individuum starb mit 50 Jahren, und die Sektion konstatirte eine »Erreur de sexe«. Trotz der anscheinend männlichen äußeren Genitalien fand man in der Bauchhöhle zwei Eierstöcke, einen myomatösen Uterus mit Tuben und Bändern; die nach unten zu sich immer mehr verengernde Scheide mündete in den Colliculus seminalis einer männlichen Harnröhre! Die äußere Öffnung der Harnröhre lag nicht da, wo sie beim Manne liegen soll, sondern $2\frac{1}{2}$ cm mehr nach hinten, es lag also ein gewisser Grad von Hypospadie dieses scheinbar männlichen Gliedes vor. Der nicht vereinte Theil der Harnröhrenwandungen bildete eine Art Rinne an der unteren Fläche der Glans und des Gliedes. Es handelte sich also doch um ein weibliches Individuum, und zwar mit homosexuellem Empfinden, wie dies bei Scheinzwittern oft beobachtet wurde, wahrscheinlich ein suggestives Ergebnis der Erziehung.

No. 6: Hall (»Carcinoma of the ovary in a hermaphrodite«, Transactions of the gynaecological and obstetrical society 1898. März 17, siehe Amer. gyn. and obstetr. journ. Vol. XIII. 1898. p. 181). Weibliche Vulva von hypoplastischem Aussehen. Clitoris 3—4 cm lang, männliches Becken, männliche Stimme, männliche Brüste, allgemeines männliches Aussehen eines Individuums von 17 Jahren. Im 14. Lebensjahre soll einmal eine Blutentleerung aus der Vulva stattgehabt haben. Man tastete in der rechten Hälfte der Bauchhöhle einen Tumor, der exstirpirt wurde. Es war ein Carcinom eines Eierstockes, der andere Eierstock war klein und atrophisch. (Referat: Frommel's Jahresbericht für 1898 p. 901.)

No. 7: Hansemann (»Drei Fälle von Hermaphroditismus«, Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 25. p. 519). Demonstration des anatomischen Präparates der Geschlechtstheile der im Alter von 82 Jahren in Folge eines Blasenkrebses verstorbenen Christine Bockfleisch. Diese Person hatte ihr ganzes Leben lang als Frau gegolten und hatte sogar in Amerika einen Mann geheirathet, ihr Charakter soll jedoch stets männlich gewesen sein. Trotz des langen weiblichen Haupthaares und Mangel männlicher Gesichtsbehaarung macht doch das photographische Portrait den Eindruck eines männlichen. Es lag männliches Geschlecht vor, Hypospadiasis peniscrotalis; beide Hoden in dem gespaltenen Scrotum, Penis fissus 8 cm lang am Dorsum und 3 cm an der unteren Fläche, Vorhaut kurz, der gespaltene Theil der Harnröhre ist nur $1\frac{1}{2}$ cm lang, die Harnröhre hat von ihrer Öffnung bis zur Blasenmündung eine Länge von 10 cm. Die Harnröhre ist so weit, dass sie einen Finger in die Harnblase einlässt. Man fand keine Prostata, wohl aber ein Caput gallinaginis mit deutlich sichtbaren Öffnungen der beiden

Vasa deferentia. Die Samenblasen atrophisch, an normaler Stelle liegend. »Erreur de sexe«. (Ich vermuthe, dass die Harnröhre in Folge Coïtus urethralis so erweitert war und dürfte man ätiologisch das Carcinom der Harnblase mit dem Urethralcoïtus in Verbindung bringen dürfen — wenigstens kenne ich 2 Fälle von Mastdarmkrebs bei Frauen, die jahrelang, um nicht schwanger zu werden, den Beischlaf mit ihren Gatten per anum übten! N.)

No. 8: Howitz (siehe Blom, Gynäkol. og obstetr. Middeleleser Vol. X. No. 3. p. 194—216). Ein 49jähriges Fräulein mit äußeren Geschlechtstheilen, die aussahen wie diejenigen eines männlichen Scheinzwitters, Hypospaden. Zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre hatte diese Person im Ganzen 5mal eine Blutung aus der Vulva bemerkt, niemals jedoch irgend welche Molimina menstrualia. Vor 6 Monaten zuerst eine Geschwulst im Unterleibe bemerkt, die in letzter Zeit rapid wächst. Kehlkopf, Stimme, Brüste, Behaarung des Gesichtes und der Pubo-Analgegend männlich. Keine Spur eines Hymens an der Scheidenmündung. Die 8 cm lange Scheide ist so eng, dass sie kaum eine feine Sonde einlässt. Keine Spur einer Rhaphe auf dem Damme. Howitz stellte die Diagnose auf Fibromyom des Uterus, machte den Bauchschnitt und amputirte den Uterus mit externer Stielbehandlung. Der Tumor hatte die Größe einer reifen Kokosnuss. Tod am 5. Tage in Folge Embolie der Lungenarterie. An dem amputirten Uterusstück fand man nur die linke Tube, und zwar ohne Fimbrien. Zwei kleine mandelförmige Gebilde wurden für die Ovarien gehalten. Auf der vorderen Scheidenwand fand man die Einmündungen der beiden Gartner'schen Gänge. Chiewitz konnte mikroskopisch in den Ovarien keinerlei Graaf'sche Follikel nachweisen. Die 6 cm lange und 2 cm breite Clitoris glich genau einem hypospadischen Penis. (Ich vermag nicht zu sagen, ob Chiewitz die beiden Geschlechtsdrüsen bestimmt für Ovarien erklärt oder ob er die Möglichkeit zulässt, es seien dies atrophische Hoden gewesen? Letztere Deutung hätte Manches für sich, jedoch kann hier natürlich nur Derjenige ein Wort sagen, welcher die Präparate auf Grund erprobter eigener Sachkenntnis untersucht hat. N.)

No. 9: Krug (»Ovariotomy in a hermaphrodite«, Referat: Brit. gyn. journal 1891 August. Vol. VII. No. 26. Leider sehr kurz.). Krug machte den Bauchschnitt in New York bei einer 19jährigen Polin. »When ten years old a copious growth of hair appeared all over the body, especially the face.« »At sixteen abdominal pains with epistaxis occurred monthly, but there was never any show. A swelling appeared a few months before the entered the hospital. It was diagnosed as haematometra and haematokolpos. Krug noted the masculine appearence of the patient. Nothing womanly existe save her long tresses. The whiskers and mustache were well developped and she shaved daily. The skeleton, especially the pelvis, was massive. The external genitals at first sight were like those of a male: the clitoris was two inches long. Two folds resembling a scrotum when they lay together, concealed a narrow vaginal orifice. The urethra opened immediately under and behind the penis like clitoris. The vagina contained no rugae. The portio vaginalis of the cervix was minute; its os a pinhole orifice, admitted a fine sound for about two inches. The tumor descended into the pelvis and appeared as though connected with the uterus; is caused extreme distension of the abdomen.« »Bronchitis and kidney disease complicated the case. A large sarcoma of the right ovary was removed; its base had to be shelled out of the right broad ligament. The left ovary formed a smaller sarcomatous tumour, also sessible; it was removed. The stumps on either side of the small uterus where two ligatures had been employed were normal.«

Krug hatte statt der vermutheten Hämatometrokolpos 2 Ovarialsarkome gefunden bei einem weiblichen Scheinzwitter. (War die ovarielle Natur dieser Tumoren mikroskopisch erhärtet oder wurden die Tumoren für ovariell gehalten, weil sie topographisch der Lage der Ovarien entsprachen? Wenn man den einen Fall von Sänger gelesen hat, den Ströbe'schen etc., so muss man ohne Weiteres sich dieser Auffassung skeptisch gegenüberstellen. Je mehr Skepsis, desto leichter werden Fehler vermieden werden. N.)

No. 10: Lesser (Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1878. No. 10). Eine 25jährige Person, als Mädchen erzogen, zog sich von jeglichem Verkehre, sowohl mit Männern als mit Frauen, zurück. Ihr Allgemeinaussehen so wie ihre rauhe Stimme hatten seit lange bei ihrer Umgebung den Verdacht geweckt, ob dieses Mädchen nicht vielmehr ein Mann sei. Um endlich den Leuten den Mund zu stopfen, flüchtete sich das Mädchen zu einer Nothlüge und erzählte unter Preisgabe ihrer Jungfernehre, sie habe ein Kind geboren vor einigen Jahren, das aber bald gestorben sei! Die Person starb eines plötzlichen Todes, und wurde von Hoffmann die Sektion gemacht: Körperlänge 146 cm; Gesichtsbehaarung männlich mit Backen- und Schnurrbart. Gesichtsausdruck männlich, das Pomum Adami springt weit vor. Männliche Brüste. In der Bauchhöhle ein Tumor. Im linken Leistenkanale ein weiches, ovales, verschiebliches Gebilde, pflaumengroß. Schambehaarung reich. Penis 5,5 cm lang, ohne Präputium und Frenulum. Die Spaltung des Penis reicht bis 2 cm oberhalb des Anus; am unteren Ende der Penisspalte eine Öffnung, welche die Kleinfingerspitze aufnimmt. Zu jeder Seite des Penis eine 10 cm lange Hautfalte, 3 cm breit. Hände und Füße klein, weiblich. In der Bauchhöhle an 3000 ccm flüssigen, schwarzen Blutes; das kleine Becken ausgefüllt von einem fluktuirenden Tumor von Mannskopfgröße. Dünndärme und Coecum durch den Tumor nach oben verschoben. Der Tumor ist in der Ausdehnung eines Fünfmarkstückes verwachsen mit der Bauchwand in der Gegend der inneren Öffnung des Leistenkanales linkerseits. Um diese Stelle herum ist das Bauchfell besät mit kleinen, blutgefüllten Knötchen verschiedener Größe und Färbung. Die linke Niere und die Lymphdrüsen sind entartet (?). Von dem Tumor zieht ein 5 mm dicker Strang zu einem Gebilde, welches im linken Leistenkanale liegt. Der Tumor erwies sich als ein alveoläres Sarkom. Der in die Öffnung unterhalb des Penis fissus eingeführte Finger gelangt in einen cylindrischen Kanal, an dessen oberem Ende sich 2 Öffnungen finden. Dieser Ductus oder Canalis urogenitalis hat 2 cm Länge und 1½ cm Umfang, seine Wände sind 2,5 mm dick. Die obere der beiden genannten Öffnungen führt in die Harnröhre, die untere in eine 7,5 cm lange Scheide, die unten 3,5 cm, oberhalb einer ringförmigen Striktur jedoch 5 cm breit ist. Der Tumor gehörte dem Uterus an und umgab auch den oberen Abschnitt der Scheide. Der Tumor war an einer Stelle geplatzt und hatte so den plötzlichen Verblutungstod herbeigeführt. Man fand keine Spur von Ovarien oder einer Prostata oder Samenbläschen. (Was war der im Leistenkanale liegende Körper? N.) Der Penis besaß 3 ausgesprochene Corpora cavernosa.

Lesser hält diese Person für eine Frau, trotzdem sie niemals die Periode gehabt hatte. (Man sieht, die Zahl der bezüglich des Geschlechtes fraglichen Fälle ist eine erstaunlich große! N.)

No. 11: Levy (»Hermaphroditismus spurius femininus mit Tumor in abdomine«, Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie 1883. Bd. IX. p. 235). Am 8. December 1882 sah ich in der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft ein damals von Herrn Dr. Levy vorgestelltes Mädchen mit bedeutender Clitorishypertrophie und nahm ein Wachsmodell dieses Organes auf, so wie der im Übrigen normalen Vulva. Anna Schultze, 16jährig, ist seit einem Jahre menstruirt. Die Menstruation stets sehr schmerzhaft. Allgemeinaussehen weiblich, Clitoris 3 cm lang, sub erectione sogar 5 cm. Das Organ ist so empfindlich, dass bei der leisesten Berührung eine Erektion auftritt. In jeder Schamlefze ein Gebilde von der Größe eines Zehnpfennigstückes, flach und hart. In der Schamspalte die Harnröhrenöffnung und unterhalb die Öffnung einer 5 cm langen Vagina.

»Per rectum fühlt man einen Strang, nach oben etwas dicker werdend, und darüber, mehr nach rechts gelagert, einen Tumor von der Größe einer Orange, festweich, nicht fluktuirend, mit glatter Oberfläche; diesem liegt links oben ein mandelförmiges Gebilde an, das aber auch von dem Tumor abhebbar ist. Unterhalb des Tumors findet sich noch ein erbsengroßes Gebilde außer Zusammenhang mit ihm.« Es gelang seiner Zeit nicht, zu entscheiden, ob der Tumor eine Hämatometra war oder ein Eierstockstumor. Die äußeren Genitalien erweckten den

Verdacht, dass Anna Schultze ein männlicher Scheinzwitter sei. Nur ein Bauchschnitt konnte Aufklärung über das fragliche Geschlecht bringen. Ob dieser nachträglich in Berlin gemacht worden ist oder nicht, ist mir nicht bekannt. Die Pat. wurde damals auch von den Herren Prof. Schröder, Martin, Hofmeier u. A. untersucht sub narcosi.

No. 12: Liebmann (Budapesti kir. orvosi eg. 1890. Mai 10., siehe Centralblatt für Gynäkologie 1890. p. 928): »Vollständiger Mangel der inneren Genitalien; Lipom an der linken Inguinalregion«. Bei einer 45jährigen Frau entstand vor einem Jahre in der linken Inguinalgegend eine Geschwulst, die gegenwärtig faustgroß, elastisch, unempfindlich ist und gegen die Schenkel zu ausstrahlende Schmerzen verursacht. Die Ärzte hatten dieses Lipom für eine Hernie angesprochen. Man stellte den Mangel eines Introitus vaginae fest, also vollständige Atresie der Scheide und bei rectaler Untersuchung auch den vollständigen Mangel innerer Genitalien. Die äußeren Genitalien waren schwach, doch nicht atrophisch entwickelt. Brüste ganz normal. Pat. hatte weder jemals die Regel noch irgend welche Molimina menstrualia. Sie heirathete mit 27 Jahren einen 60jährigen Wittwer und hatte von ihrem Zustande nicht die geringste Ahnung. Die Natur des obengenannten Tumors blieb vollständig unaufgeklärt.

No. 13: Litten (»Ein Fall von Androgynie mit malignem teratoidem Kystom des rechten Eierstockes mit doppelseitiger Hydrocele cystica processus vaginalis peritonei«, Virchow's Archiv für patholog. Anatomie etc. Bd. LXXV. 1879). Die 16jährige Klara Hacker wurde wegen Ascites in die Klinik von Frerichs gebracht. Sofort bei der Aufnahme wurde man stutzig; gehörte die Kranke wirklich in die weibliche Abtheilung oder nicht vielmehr in die männliche? Das Allgemeinaussehen war zwar weiblich, jedoch der Anblick des Genitale ein vollständig männlicher bis auf das Eine: »es fiel ein klaffender Spalt auf, welcher sich in der Rhaphe der als Scrotum imponirenden, stark gerunzelten Hautfalten bis gegen das hintere Ende derselben hin erstreckte«. Der scheinbare Penis hatte am Dorsum eine Länge von $5^1/_2$ cm, an der unteren Fläche von $2^1/_2$ cm; während der Erektion maß das Glied 8 cm. Der Penis erscheint gespalten bis zu einem Punkte, der 4,5 cm oberhalb der Analöffnung liegt. »Zu beiden Seiten dieses Vaginalkanales fanden sich derbe, gerunzelte und mit kurzen Härchen besetzte Hautfalten, welche in ihrer Beschaffenheit aufs lebhafteste an die Scrotalhaut erinnerten. Beim Auseinanderziehen dieser fettreichen Falten erkannte man in dem nunmehr geöffneten Kanale deutlich die oben liegende Urethralmündung und darunter den außerordentlich engen, eben noch für eine Sonde passirbaren Introitus vaginae.« Klara H. war als Mädchen erzogen worden, hatte aber die Stimme eines 20jährigen Mannes. Der Umgebung war die auffallend rasche geistige Entwicklung des Kindes aufgefallen, so wie sein Hang zu selbständigem Handeln und Unabhängigkeit. So wie das Kind gemerkt hatte, es sei anders gebaut, als andere Mädchen, zog es sich von jedem Verkehre zurück. Die Periode erschien im 15. Jahre, war stets sehr spärlich und schmerzhaft — gleichzeitig schwollen die Brüste an. Im 16. Jahre blieb die Regel einige Monate lang aus, gleichzeitig fing das Abdomen zu wachsen an, das Harnen wurde erschwert und schmerzhaft. In der Bauchhöhle tastete man einen Tumor, welcher die Nabelhöhe um 11 cm überschritt. Der Tumor erscheint gelappt, von ungleichmäßiger Konsistenz, asymmetrischen Kontouren etc. Im ersten Augenblicke vermuthete man eine Schwangerschaft, desto mehr, weil die Regel ausgeblieben war, aber die Gestalt des Tumors sprach doch gegen eine Schwangerschaft, desto mehr Angesichts der Gestaltung der äußeren Geschlechtstheile, der engen Scheide, die kaum eine dünne Sonde einließ! Man entschloss sich demnach nach Ausschluss einer Schwangerschaft den Uterus zu sondiren, die Sonde drang 19 cm tief ein in einer Richtung nach rechts oben zu. Man konnte das Kopfstück der Sonde tasten in einem kleineren rechtsseitigen Tumor, der den Eindruck machte, als gehöre er dem großen Tumor mit an als besonderer Lappen. Man nahm demnach diesen kleineren Tumor für den Uterus, der durch einen linksseitigen Tumor nach rechts dislocirt war. Scheide, Uterus, Blase und Harnröhre weisen eine bedeutende Ver-

längerung auf, die Sonde dringt bis auf 15 cm Tiefe in die Blase ein! In der linken großen Schamlefze — Scrotalhälfte — tastet man ein mandelgroßes Gebilde. Rechterseits tastet man einen gleichen Körper dicht vor der Öffnung des Leistenkanales. Von jenen Gebilden geht je eine Art Strang in den Leistenkanal hinein. Nach einer Probepunktion wurde ein Ovarialtumor diagnosticirt, ein vielkammeriges Kystom. Die mandelförmigen Gebilde in der einen Schamlefze und andererseits unterhalb der Leistenkanalmündung wurden für Hoden und Samenstränge angesehen. Kachexie mit Fieber, Erbrechen und Schmerzen. 7 Wochen nach Aufnahme in die Klinik Tod.

Die Sektion wurde von Virchow ausgeführt. Er hatte Klara noch zu Lebzeiten gesehen und ihr Geschlecht ganz mit Recht als weiblich bestimmt, obwohl die hypertrophische Clitoris und jene mandelförmigen, hodenartigen Gebilde auf das männliche Geschlecht hinzuweisen schienen. Virchow schloss schon zu Lebzeiten Klara's das männliche Geschlecht aus wegen fehlender Nebenhoden und glaubte, es handle sich um labiale resp. inguinolabiale Ektopie der Eierstöcke. Die Anschwellung jener mandelförmigen Gebilde während der Periode sprach für ihre ovarielle Natur. Immerhin hatte auch Virchow sich hier getäuscht, diese mandelförmigen Gebilde waren keineswegs ektopische Ovarien, sondern es handelte sich um abgeschnürte präinguinale Theile der Processus vaginales peritonei, indem linkerseits eine Hydrocele darin entstanden war, rechterseits eine Hämatocele. Virchow lenkte die Aufmerksamkeit Angesichts dessen für die Zukunft als diagnostisch wichtig auf die Hydrocele muliebris. Der Tumor gehörte dem rechten Eierstocke an, der linke war normal. Da der rechte Eierstock degenerirt war, der linke aber keine Spur einer Ovulation aufwies, so bezweifelt Virchow den menstruellen Charakter der angeblichen menstruellen Blutungen und glaubt, es habe sich um pseudomenstruelle Blutungen gehandelt. Der Ovarialtumor war ein Mischtumor: ein Teratoid-Myxosarkom. Man fand auch Metastasen in der Leber und eine Nephrophthisis ulcerosa.

No. 14: Neugebauer. Persönlich behandelte ich eine mit Uteruscarcinom behaftete Frau, die ein weiblicher Scheinzwitter war mit bedeutender Hypertrophie der Clitoris, die etwa $3^1/_2$ cm lang war. Die Clitoris war erektil.

No. 15: Obołonski (Prager Vierteljahrsschrift Bd. XCIII. p. 67). 50jährige, für eine Frau geltende Person. Clitoris resp. Penis 6 cm lang, Scheide 6 cm lang, 1 cm breit, mit Hymen. Uterus bicornis rudimentär entwickelt. Links vom Uterus wurde ein Hode und Nebenhoden und Samenstrang gefunden, rechterseits fand man keine Geschlechtsdrüse, wahrscheinlich war aus derselben der sarkomatöse Tumor entstanden, der den Tod veranlasst hatte! Zu Lebzeiten war dieser Tumor als Uteruskrebs aufgefasst worden. Der Tumor hatte durch Kompression eine beiderseitige Hydronephrose hervorgerufen. Da Obołonski rechterseits ein dem linksseitigen ganz analoges Vas deferens fand, so zieht er den Schluss, dass auch die rechtsseitige Geschlechtsdrüse ein Hode war, also die vermeintliche Frau ein männlicher Scheinzwitter sei, wie dies auch Wrany behauptete. Der Knochenbau war weiblich und die Person soll vom 17. bis zum 49. Jahre ihre Periode gehabt haben (?).

No. 16: Primrose (»A case of uterus masculinus«, Brit. med. journ. 1897. Vol. II. p. 881). 25jähriger Mann, mit Kryptorchismus behaftet. Diagnose: Sarkom des linken Hoden. Tod nach Bauchschnitt mit Exstirpation des Tumors. Bei der Sektion fand man einen Uterus masculinus mit 2 Tuben. Uterushöhle mit Schleimhaut ausgekleidet, auf der Cervicalschleimhaut Arbor vitae deutlich sichtbar. Die 4 cm lange Scheide öffnet sich in colliculo seminali der Harnröhre. (Siehe Frommel's Jahresbericht für 1887 p. 33.)

No. 17: Sorel und Chérot (»Un cas de pseudohermaphrodisme«, Arch. prov. de chir. T. VII. p. 367. 1898. Juni 1.). Die 33jährige Alina C., als Mädchen erzogen, hatte niemals Regeln gehabt. Andromastie und männliche Behaarung. Rasiren alle 2 Tage seit dem 21. Jahre. Stimme männlich. Penis hypospadiacus von $5^1/_2$ cm Länge, hakenförmig nach unten gekrümmt. Keine Scheidenöffnung zu finden. Erektionen konstatirt. Die großen Schamlippen leer. Alina empfindet

geschlechtlichen Trieb nur zu Frauen, bis jetzt ist es ihr aber noch nie gelungen, einen Beischlaf zu vollenden. Im rechten Hypogastrium ein Tumor, der bis auf 3 cm unterhalb der Lebergrenze reicht. Fieber. Köliotomie: schräger Bauchdeckenschnitt, aus dem sich $1/2$ Liter nach Fäces riechenden Eiters entleert. Man diagnosticirte ein Carcinom des Coecums. Drainage. Tod am 3. Tage nach der Operation. Sektion: Peritonitis, großer Tumor, in der Bauchhöhle mehrere abgekapselte Abscesse, keine Spur von inneren weiblichen Geschlechtstheilen gefunden, eben so wenig Hoden. Zwischen Blase und Mastdarm ein mit einer Höhle ausgestattetes Gebilde, 8 cm lang und 6 cm breit. Die Wandstärke dieses Gebildes war die gleiche wie die Wandstärke der Harnblase. Die Höhle war von einer Schleimhaut ausgekleidet. Die Höhle dieses Gebildes kommunicirte mittels einer schmalen Öffnung mit der Harnröhre. An der hinteren Fläche dieses Gebildes, und zwar in dessen unterem Theile, mündete jederseits ein kanalhaltiger Strang von Federkieldicke, 6—8 mm lang und für eine feine Sonde durchgängig. Diese Kanäle endeten jeder in einer länglichen Blase, die mit zähem, gelblichem Inhalte gefüllt war und seitlich dem obengenannten Gebilde anlag. Man fand weder in der Bauchhöhle noch in den Leistenkanälen oder außerhalb die Hoden, eben so wenig eine Prostata. Es ist aus der Beschreibung nicht abzusehen, ob hier das eine oder andere Geschlecht zu erkennen war, es scheint mir jedoch, dass Sorel und Chérot selbst das Geschlecht zu bestimmen nicht unternehmen konnten.

No. 18: Stimson (»A case of rare form of pseudohermaphroditisme«, Med. record 1897. April 24. p. 585). Ein Neger von 48 Jahren konsultirte einen Arzt wegen eines Unterleibstumors. Nur der rechte Hode konnte im Hodensacke getastet werden, und zwar nach Reposition einer leicht reducirbaren Inguinalhernie. Dieser Mann, zum 2. Male verheirathet, hatte einen Sohn von 25 Jahren. Der faustgroße Tumor überragte das Lig. Pouparti und konnte auch vom Rectum aus getastet werden. Man vermuthete einen Tumor des in der Bauchhöhle retinirten Hoden und machte den Bauchschnitt. Bei der Operation fand man, dass der Tumor durch einen Stiel mit einem Uterus bicornis in Verbindung stand, welcher 2 Tuben besaß, die Ligg. rotunda hingegen fehlten.

No. 19: B. Will (»Ein Fall von Hermaphroditismus masculinus«, Inaug.-Diss., Greifswald, 1896). Christine W., 54 Jahre alt, ledig, trat in die gynäkologische Klinik in Greifswald ein am 9. December 1895 wegen einer beiderseitigen Inguinalhernie. Vom 17. bis zum 40. Jahre will sie allmonatlich Molimina menstrualia gehabt haben, ohne dass es jedoch jemals zu einer Blutung aus dem Genitale gekommen wäre. Allgemeinaussehen, Brüste und Stimme männlich. Die Vulva erscheint normal, aber der Scheideneingang ist sehr eng, die Scheide in der Höhe von $1\frac{1}{2}$ cm blind geschlossen. Die Harnröhre ist von urethralem Coïtus so erweitert, dass sie den Finger in die Harnblase einlässt. Per rectum gelang es nicht, Uterus oder Ovarien zu tasten. Man machte die beiderseitige Herniotomie. Außer einem rechtsseitigen Leistenbruche, der leicht reponirt wurde, fand man jederseits ein hartes und ein cystenartiges Gebilde, die entfernt wurden. Rechterseits konnte man den Finger durch den Leistenkanal in die Bauchhöhle einführen, linkerseits gelang das nicht! Die entfernten Gebilde waren die Hoden, wie mikroskopisch nachgewiesen wurde. Erst die mikroskopische Untersuchung stellte eine »Erreur de sexe« fest. Christine wurde am 7. Januar 1896 geheilt und kastrirt entlassen. Es fehlten die Vasa deferentia, die Hoden waren fast gänzlich fibrös degenerirt. Christine hatte stets nur mit Männern kohabitirt, und zwar ohne die mindeste Annehmlichkeit; sie selbst empfand nur einen auf die Frauen hin gerichteten Geschlechtstrieb. Will giebt eine ausführliche mikroskopische Beschreibung der Präparate.

Als Kuriosum füge ich diesen 19 Fällen eine von Kapsammer mitgetheilte Beobachtung hinzu (Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1900. No. 1). Nitze entfernte bei einem 30jährigen Manne einen Stein von 162 g Gewicht, der in der Höhle eines Utriculus masculinus sich gebildet hatte, welche mit feiner Öffnung sich in der Pars prostatica urethrae öffnete. »Gänseeigroßer Kalkphosphatstein in einem Vaginalsacke beim Manne.« (Referat:

Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 4, Litteraturbeilage No. 3 vom 25. Januar 1900 p. 20.)

Synopsis.

Wenngleich die vorstehende Kasuistik nur 19 Fälle umfasst, so ist sie doch hochinteressant wegen der Verschiedenartigkeit der einzelnen Fälle und für den Praktiker höchst lehrreich.

Es handelte sich um männliche Scheinzwitter: 6mal: No. 1 Abel, No. 7 Hansemann, No. 15 Obołonski, No. 16 Primrose, No. 18 Stimson, No. 19 Will.

Es handelte sich um weibliche Scheinzwitter: 7mal: No. 2 Audain, No. 3 Fehling, No. 5 Gunckel, No. 6 Hall, No. 9 Krug, No. 13 Litten, No. 14 Neugebauer.

6mal muss das Geschlecht als fraglich geblieben bezeichnet werden.

No. 4 Gruner: Geschlecht wahrscheinlich männlich. Das als Mann verheirathete Individuum soll rite den Beischlaf vollzogen haben, Ehe steril.

No. 8 Howitz: Geschlecht wahrscheinlich weiblich, aber in den für die Ovarien angesprochenen Gebilden keine Graaf'schen Follikel nachweisbar.

No. 10 Lesser: Alveolarsarkom des Uterus, aber weder Hoden noch Ovarien bei der Sektion gefunden.

No. 11 Levy: Eine Entscheidung des Geschlechtes ohne Operation nicht möglich.

No. 12 Liebmann: Das Geschlecht des als Frau verheiratheten Individuums fraglich.

No. 17 Sorel und Chérot. Das Geschlecht blieb trotz Sektion fraglich.

Es kommen auf diese 19 Beobachtungen nicht weniger als 6 Fälle von »Erreur de sexe«, und zwar wurde 4mal ein männlicher Scheinzwitter für eine Frau erklärt, 2mal ein weiblicher Scheinzwitter für einen Mann.

Irrthümliche Geschlechtsbestimmung eines männlichen Scheinzwitters:

No. 1. Sektion eines verlobten, 33jährigen Fräuleins nach tödlich verlaufener Vaginalpunktion einer angeblichen Hämatometra ergab, dass die vermeintliche Hämatometra ein Sarkom des linken Hoden war. (Abel.)

No. 7. Sektion einer 82jährigen, verheiratheten, an Blasenkrebs verstorbenen Frau ergab Hypospadiasis peniscrotalis mit Hoden in den vermeintlichen Schamlefzen. (Hansemann.)

No. 15. Sektion einer 50jährigen Frau ergab ein Sarkom des rechten, neben einem Uterus bicornis in der Bauchhöhle liegenden Hoden. (Obołonski.)

No. 19. Die beiderseitige Herniotomie und Kastration eines 54jährigen Fräuleins ergiebt, dass fibrös entartete Hoden entfernt worden waren. (Will.)

Irrthümliche Geschlechtsbestimmung eines weiblichen Scheinzwitters.

No. 5. Das Geschlecht eines in Folge Anklage auf Nothzucht gerichtlich-medicinisch 1863 untersuchten Mädchens wird als männlich bestimmt. Tod im 50. Jahre. Sektion ergiebt weibliches Geschlecht. (Gunckel.)

No. 13. Zwei in den Schamlefzen eines mit Ascites behafteten 16jährigen Mädchens liegende Gebilde wurden für die Hoden gehalten. Sektion ergab ein Teratoid-Myxosarkom eines Ovariums, jene für Hoden angesehenen Gebilde waren je eine Hydrocele und eine Hämatocele im präinguinalen, abgeschnürten Theile des Processus vaginalis peritonei.

(Einzig und allein Virchow hatte das Geschlecht zu Lebzeiten der Person richtig bestimmt, aber den Irrthum begangen, jene Hydrocele und Hämatocele für ektopische Ovarien anzusehen.)

Diagnose des Geschlechtes und des Krankheitsprocesses.

No. 1. Irrthümlich Hämatometra mit labialer Ovarialektopie einerseits diagnosticirt. Nach vaginaler Punktion Tod. Sektion: Der Tumor war ein Sarkom des retinirten linken Hoden. Hypospadiasis peniscrotalis. (Abel.)

No. 2. Diagnose der Ovarialtumoren sub coeliotomia bestätigt. (Audain.)

No. 3. Weibliches Geschlecht richtig bestimmt, aber irrthümlich Hämatometra diagnosticirt, nach vergeblicher Parietalpunktion Diagnose richtig auf Ovarialtumor gestellt. (Fehling.)

No. 4. Diagnose: Leistenbruch. Operation ergiebt reponiblen Leistenbruch, der die linke Tube eines Uterus bicornis enthielt und ein Teratom, das vermuthungsweise dem linken Hoden zugeschrieben wird. (Carle.)

No. 5. Geschlecht in einer gerichtlich-medicinischen Expertise irrthümlich als männlich bestimmt. Erst Sektion in höherem Alter ergiebt Eierstöcke. (Gunckel.)

No. 6. Tumor des Unterleibes diagnosticirt bei einer Frau. Operation ergiebt Carcinom eines Ovariums. (Hall.)

No. 7. Erst die Sektion einer 82jährigen Frau ergiebt Hoden im gespaltenen Scrotum. Blasenkrebs. (Hansemann.)

No. 8. Diagnose auf Fibromyoma uteri gestellt, sub operatione bestätigt, aber in den angeblichen Ovarien nach Sektion keine Graafschen Follikel nachgewiesen. (Howitz.)

No. 9. Diagnose irrthümlich auf Hämatokolpometra gestellt. Operation ergiebt 2 Ovarialsarkome. (Krug.)

No. 10. Sektion nach plötzlichem Verblutungstode ergiebt Ruptur eines alveolären Uterussarkoms, aber keine Spur von Ovarien oder Prostata gefunden. (Lesser.)

No. 11. Diagnose auf Hämatometra oder Ovarialtumor vermuthungsweise gestellt. Geschlecht bis jetzt fraglich. (Levy.)

No. 12. Diagnose auf Leistenhernie gestellt, Geschlecht fraglich geblieben. (Liebmann.)

No. 13. Diagnose auf multilokuläres Ovarialsarkom gestellt und in den Schamlefzen enthaltene Gebilde irrthümlich erst als Hoden, dann von Virchow als Ovarien angesprochen. Sektion ergab Hämatocele und Hydrocele je eines abgeschnürten präinguinalen Theiles der Processus vaginales peritonei. Nephrophthisis ulcerosa. (Litten.)

No. 14. Geschlecht richtig als weiblich bestimmt. Uteruscarcinom. (Neugebauer.)

No. 15. Zu Lebzeiten ein Uteruscarcinom irrthümlich diagnosticirt. Sektion ergiebt Sarkom des rechten Hoden und beiderseitige Hydronephrose. (Obołonski.)

No. 16. Hodensarkom bei Kryptorchismus sub operatione erkannt, Uterus und Scheide gefunden. (Primrose.)

No. 17. Sub operatione Carcinoma intestini coeci diagnosticirt, trotz Sektion blieb das Geschlecht fraglich. (Sorel und Chérot.)

No. 18. Operation bestätigt Diagnose eines Tumors eines in der Bauchhöhle retinirten Hoden. (Stimson.)

No. 19. Diagnose irrthümlich auf Leistenbrüche eines Weibes gestellt, mikroskopische Untersuchung der entfernten Gebilde ergiebt fibrös entartete Hoden. (Will.)

Chirurgische Eingriffe fanden statt: 11mal.

No. 1. Vaginale Punktion einer vermeintlichen Hämatometra, eines Hodensarkoms, mit Tod am 4. Tage. (Abel.)

No. 2. Bauchschnitt mit Exstirpation zweier Ovarialdermoide. Genesung. (Audain.)

No. 3. Erst vergebliche Punktion einer vermeintlichen Hämatometra durch die Bauchwand, dann Ovariotomie. Genesung. (Fehling.)

No. 4. Herniotomie mit Entfernung eines Hodenteratoms (?) und Amputation eines Uterus bicornis. (Carle.)

No. 6. Bauchschnitt mit Entfernung eines Ovarialcarcinoms. Genesung. (Hall.)

No. 8. Hysterotomie wegen Myoms. Tod am 5. Tage. (Howitz.)

No. 9. Doppelseitige Ovariotomie (Sarkome). Tod am 10. Tage. (Krug.)

*

No. 16. Bauchschnitt wegen Tumors bei Kryptorchismus. Hodensarkom. Tod. (Primrose.)

No. 17. Bauchschnitt bei Carcinom des Coecums. Tod am 3. Tage. (Sorel und Chérot.)

No. 18. Bauchschnitt wegen Sarkoms eines in der Bauchhöhle zurückgebliebenen Hoden. Genesung. (Stimson.)

No. 19. Beiderseitige Herniotomie mit Exstirpation fibrös entarteter Hoden. Genesung. (Will.)

5mal nahm die Operation einen tödlichen Verlauf (No. 1, 8, 9, 16, 17). Todesursache dürfte ausschließlich Sepsis gewesen sein, im Falle No. 8 Embolie der Art. pulmonalis.

Auf die vorstehenden 19 Beobachtungen kommen 10 Fälle von Nekropsie.

No. 1. Sektion nach einer tödlich verlaufenen Operation. (Abel.)

No. 5. Sektion nach plötzlichem Tode im 50. Lebensjahre. (Gunckel.)

No. 7. Sektion im 82. Lebensjahre: Tod in Folge von Blasenkrebs. (Hansemann.)

No. 8. Sektion nach postoperativem Tode. (Howitz.)

No. 9. Sektion nach postoperativem Tode. (Krug.)

No. 10. Gerichtlich-medicinische Sektion nach plötzlichem Tode. (Lesser.)

No. 13. Sektion nach Tod in Folge von Kachexie. (Litten.)

No. 15. Sektion im Krankenhause nach letalem Verlaufe der Krankheit. Obołonski.)

No. 16. Sektion nach tödlich verlaufenem Bauchschnitte. (Primrose.)

No. 17. Sektion nach postoperativem Tode. (Sorel und Chérot.)

5mal konstatirte eine Operation resp. eine Nekropsie einen mehr oder weniger entwickelten Uterus beim Manne.

No. 1. Scheide und Vaginalportion eines rudimentären Uterus ohne Muttermundsöffnung konstatirt bei einem irrthümlich als Mädchen erzogenen männlichen Scheinzwitter von 33 Jahren. Hymen vorhanden. Sektion. (Abel.)

No. 4. Uterus bicornis konstatirt bei Herniotomie mit Eröffnung der Bauchhöhle. (Carle.)

No. 15. Sektion ergab Uterus bicornis mit 6 cm langer Scheide und Hymen bei einem 50jährigen, als Frau erzogenen männlichen Scheinzwitter. (Obołonski.)

No. 16. Eine postoperative Nekropsié ergab einen Uterus mit 2 Tuben und einer in colliculo seminali mündenden 4 cm langen Scheide bei einem männlichen, mit Kryptorchismus und Sarkom eines retinirten Hoden behafteten Scheinzwitter. (Primrose.)

No. 18. Bauchschnitt konstatirt bei einem 48jährigen Neger einen Uterus bicornis neben Sarkom eines in der Bauchhöhle retinirten Hoden. (Stimson.)

Einmal fand sich bei einem weiblichen Scheinzwitter, dessen Geschlecht nach gerichtlich-medicinischer Untersuchung irrthümlich als männlich bestimmt war, bei der Sektion im 50. Lebensjahre eine dem männlichen Gliede ähnliche, fast in der ganzen Länge von der Harnröhre durchbohrte, hypertrophische Clitoris, ein scheinbares Scrotum (Verwachsung zwischen den großen und kleinen Schamlefzen. Die Vagina mündete in colliculo seminali urethrae. No. 5 (Gunckel).

Bezüglich der Menstruation, resp. pseudomenstrueller Blutungen, resp. Molimina ad inster menstrualium ist angegeben:

a. bezüglich männlicher Scheinzwitter:

No. 1. 33jähriger männlicher Scheinzwitter mit sarkomatöser Kryptorchis, irrthümlich als Mädchen erzogen: »Periode regelmäßig vom 20. Jahre an bis zum 33. Lebensjahre, zuletzt 2 Wochen vor der Aufnahme ins Krankenhaus«. (?) (Abel.)

No. 15. 50jähriger männlicher Scheinzwitter, irrthümlich als Mädchen erzogen, soll vom 17.—49. Jahre regelmäßig die Periode gehabt haben. (Obołonski.)

No. 19. 54jähriger männlicher Scheinzwitter, irrthümlich als Mädchen erzogen, soll vom 17. bis zum 40. Jahre allmonatlich Molimina menstrualia gehabt haben, ohne dass es jemals zu einer Blutung gekommen wäre. (Will.)

b. bezüglich weiblicher Scheinzwitter:

No. 3. 33jähriges Fräulein hatte die Regel nur vom 15.—17. Jahre. Myxosarcoma ovarii sinistri. (Fehling.)

No. 6. 17jähriges Mädchen mit Ovarialcarcinom, nur 1mal eine Genitalblutung im 14. Jahre. (Hall.)

No. 13. 16jähriges Mädchen mit Myxosarcoma ovarii, Periode vom 15. Jahre an. (Litten.)

No. 14. Ältere Frau, weiblicher Scheinzwitter, Periode normal. (Neugebauer.)

c. bezüglich der Scheinzwitter, deren Geschlecht fraglich blieb:

No. 8. 49jährige Person mit Uterusmyom, angeblich weiblichen Geschlechtes, im Ganzen 5mal genitale Blutung zwischen 30. und 40. Lebensjahre. (Howitz.)

No. 11. 16jährige Persen anscheinend weiblichen Geschlechtes. Seit einem Jahre Menstruation, aber stets schmerzhaft. (Levy.)

No. 12. 45jährige Person, anscheinend weiblichen Geschlechtes, im 27. Jahre verheirathet. Niemals Regel oder Molimina menstrualia. (Liebmann.)

No. 17. 33jährige Person anscheinend weiblichen Geschlechtes: niemals Regel. (Sorel und Chérot.)

Für die übrigen Fälle sind keine Angaben gemacht.

Bezüglich Geschlechtstrieb und Kohabitation ist verzeichnet:

No. 1. Angaben fehlen. (Abel.)

No. 2. Dessgl. (Audain.)

No. 3. Dessgl. (Fehling.)

No. 4. Anscheinend Mann, übte in der steril gebliebenen Ehe rite den Beischlaf aus. (Carle.)

No. 5. Weiblicher Scheinzwitter, der Nothzüchtigung eines Mädchens angeklagt (Gunckel), homosexuelles geschlechtliches Empfinden.

No. 6. Angaben fehlen. (Hall.)

No. 7. Urethralcoïtus in der Ehe ausgeübt bei einem als Frau verheiratheten männlichen Scheinzwitter. (Hansemann.)

No. 8. Angaben fehlen. (Howitz.)

No. 9. Dessgl. (Krug.)

No. 10. Dessgl. (Lesser.)

No. 11. Dessgl. (Levy.)

No. 12. Kohabitation in der Rolle einer verheiratheten Frau bei fraglich bleibendem Geschlechte. (Liebmann.)

No. 13. Angaben fehlen. (Litten.)

No. 14. Normale Kohabitation als Frau. (Neugebauer.)

No. 15. Angaben fehlen. (Obołonski.)

No. 16. Dessgl. (Primrose.)

No. 17. Geschlechtstrieb nur zu Frauen, Beischlaf mit Frauen oft ausgeübt, aber niemals vollendet. (Sorel und Chérot.)

No. 18. Ehelicher Beischlaf mit der Gattin, die einen Sohn gebar. (Stimson.)

No. 19. Geschlechtstrieb der 54jährigen Christine W. nur zu Frauen, aber Beischlaf (Coïtus urethralis) stets nur mit Männern und ohne jede Annehmlichkeit. Männlicher Scheinzwitter, als Mädchen erzogen. (Will.)

Beschaffenheit der Clitoris resp. des Penis hypospadiacus:

a. bei männlichen Scheinzwittern:

No. 1. Penis fissus = Clitoris spuria nur 3 mm lang. (Abel.) Scheinbar weibliche Vulva mit großen und kleinen Schamlippen, Hymen und in der Höhe blind endender Scheide, Scheideneingang sehr eng; beiderseits Kryptorchismus.

No. 7. Hypospadiasis penis, Penis fissus 8 cm lang, beide Hoden in den scheinbaren Schamlefzen. (Hansemann.)

No. 15. Penis fissus 6 cm lang, 6 cm lange Scheide mit Hymen. Beiderseits Kryptorchismus. Hypospadiasis peniscrotalis mit Scheide und Uterus bicornis. (Obołonski.)

No. 16. Penis normal, beiderseits Kryptorchismus. Uterus und Scheide. Die 4 cm lange Scheide öffnet sich in colliculo seminali urethrae masculae. (Primrose.)

No. 18. Penis normal, Sperma normal, einseitiger Kryptorchismus, Uterus bicornis. (Stimson.)

No. 19. Anscheinend normale Vulva, aber Scheide sehr eng, in der Höhe von $1^1/_2$ cm blind geschlossen. Keinerlei Hypertrophie der scheinbaren Clitoris. Hypospadiasis peniscrotalis. Descensus testiculorum incompletus. (Will.)

b. bei weiblichen Scheinzwittern.

No. 2. Bedeutende Clitorishypertrophie. (Audain.)

No. 3. Clitoris 5 cm lang, erektil. Ectopia labialis ovarii et tubae eminus. (Fehling.)

No. 5. Clitoris peniformis hypertrophica erectilis, von der Harnröhre durchbohrt, die $2^1/_2$ cm nach hinten von der Fossa navicularis glandis sich öffnet. Scrotum simulirt durch Verwachsung der Schamlefzen. (Gunckel.)

No. 6. Weibliche hypoplastische Vulva. (Hall.)

No. 9. Bedeutende Clitorishypertrophie (Krug), die geschlitzte Vulva simulirt ein Scrotum fissum.

No. 13. Clitoris hypertrophica $5^1/_2$ cm lang, sub erectione 8 cm lang. Die Schamlefzen simuliren ein gespaltenes Scrotum, Haemato- et hydrocele muliebris je einerseits simuliren Hoden. (Litten.)

No. 14. Clitoris hypertrophica erectilis $3^1/_2$ cm lang, Vulva sonst normal. (Neugebauer.)

c. bei Scheinzwittern fraglichen Geschlechtes:

No. 4. Wahrscheinlich männlicher Scheinzwitter, Penis normal. (Carle.)

No. 8. Wahrscheinlich weiblicher Scheinzwitter. (Howitz.)

No. 10. Penis 5,5 cm lang, Geschlecht wahrscheinlich weiblich. (Lesser.)

No. 11. Clitoris 3 cm lang, Geschlecht zweifelhaft. (Levy.)

No. 12. Atrophische Vulva, Geschlecht zweifelhaft. (Liebmann.)

No. 17. Penis hypospadiacus von $5^1/_2$ cm Länge, keine Scheidenöffnung zu finden, Geschlecht zweifelhaft. (Sorel und Chérot.)

Bezüglich des pathologisch-anatomischen Befundes, resp. Charakters der Neubildung, wird angegeben:

4mal Neoplasmata uteri:

No. 5. Myomatosis uteri bei einem weiblichen Scheinzwitter. (Gunckel.)

No. 8. Myomatosis uteri bei einem wahrscheinlich weiblichen Scheinzwitter. (Howitz.)

No. 10. Alveoläres Uterussarkom bei einem wahrscheinlich weiblichen Scheinzwitter. (Lesser.)

No. 14. Carcinoma cervicis uteri bei einem weiblichen Scheinzwitter. (Neugebauer.)

5mal Neoplasmata ovariorum.

No. 2. Dermoide beider Ovarien (Audain) und ein Parovarialkystom.

No. 3. Myxosarkom eines Ovariums. (Fehling.)

No. 6. Carcinom eines Ovariums. (Hall.)

No. 9. Sarkome beider Ovarien. (Krug.)

No. 13. Teratoidmyxosarkom eines Ovariums. (Litten.)

6mal Neoplasmata testiculorum:

No. 1. Sarkom eines in der Bauchhöhle retinirten Hoden und Leiomyom des anderseitigen Nebenhoden bei einem irrthümlich als Mädchen erzogenen männlichen Scheinzwitter. (Abel.)

No. 4. Teratom eines in der Bauchhöhle retinirten Hoden bei einem männlichen Scheinzwitter. (Carle.)

No. 15. Sarkom eines in der Bauchhöhle retinirten Hoden bei einem irrthümlich als Mädchen erzogenen männlichen Scheinzwitter. (Obołonski.)

No. 16. Sarkom eines in der Bauchhöhle retinirten Hoden bei einem männlichen Scheinzwitter. (Primrose.)

No. 18. Tumor eines in der Bauchhöhle retinirten Hoden. (Stimson.)

No. 19. Fibröse Degeneration beider Hoden bei einem irrthümlich als Mädchen erzogenen männlichen Scheinzwitter. (Will.)

1mal Carcinom des Intestinum coecum bei fraglich bleibendem Geschlechte. No. 17 (Sorel und Chérot).

1mal Carcinom der Harnblase bei einem irrthümlich als Frau verheiratheten männlichen Scheinzwitter. No. 7 (Hansemann).

1mal Lipom in der linken Inguinalgegend bei einer als Frau verheiratheten Person zweifelhaften Geschlechtes. No. 12 (Liebmann).

1mal 2 Bauchhöhlentumoren unbestimmten Charakters bei einem Scheinzwitter fraglichen Geschlechtes. No. 11 (Levy).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 11. Januar 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Staude demonstrirt u. A. einen wegen stark vorgeschrittenen Cervixcarcinoms per vag. entfernten Uterus. Bei der Lösung der Blase eine Blasenverletzung; der eine Ureter, welcher mitten durch das Carcinom ging, musste rite herauspräparirt werden. Naht der Blase und des Peritoneums. Glatter Verlauf bis heute, den 7. Tag, wo etwas Harnträufeln beginnt. Redner betont die Nothwendigkeit, gerade bei Blasenverletzungen das Peritoneum zu schließen, um es vor Infektion durch Urin zu schützen; denn bis zum 6. oder 7. Tage pflegt die Vernähung der Blase immer zu halten und bis dahin ist das Peritoneum fest geschlossen.

Herr B. Hertz (als Gast): »Beitrag zur künstlichen Frühgeburt«.

(Erscheint ausführlich in der Münchener med. Wochenschrift.)

Vortr. berichtet über die Erfolge, die er in der Würzburger Universitäts-Frauenklinik bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch die zuerst von Hofmeier angegebene Tamponade des Cervicalkanales gesehen hat. Die Methode wurde in den letzten Jahren bei 18 Fällen angewandt.

Die Indikation bildete: 4mal hochgradige, beständig zunehmende Athembeschwerden in Folge Kyphoskoliose, 14mal Beckenenge (Conj. vera zwischen 9—6¹/₄ cm, darunter in 2 Fällen 6¹/₄ cm).

Die Zeit der Frühgeburt war meist der 9. Monat, doch nicht vor der 34. Woche.

Die Methode wurde folgendermaßen ausgeführt: Desinfektion der Gravida wie zu einer gynäkologischen Operation: die mit Simon'schen Speculis freigelegte Portio mit Muzeux gefasst, der Cervicalkanal nochmals unter Leitung des Auges mit feuchten Sublimatgazen ausgewischt und dann mittels einer Kornzange ein langer, etwa 2 cm breiter Streifen von Jodoform- oder sterilen Gazen, die mit sterilem Glycerin getränkt waren, in den Cervicalkanal vorsichtig eingeführt; ein zweiter, etwas breiterer Jodoformgazestreifen füllte den oberen Theil der Scheide aus. Traten nach 48 Stunden keine Wehen auf, so wurde die Tamponade erneuert.

Die Wirkung war, wie bei allen anderen Methoden, so auch hier, von der Reizbarkeit des Uterus abhängig.

Die Wehen traten in 8 Fällen sofort ein oder nach 1—2 Stunden, in 4 Fällen noch am 1. Tage; in den anderen vergingen 2—4 Tage. Der Eintritt der Wehen

schwankte also zwischen $1/_4$ Stunde und 4 Tagen. Die Geburt erfolgte 2mal am 1. Tage, 3mal am 2. Tage, am 4.—6. Tage bei 6 Frauen, am 7. Tage bei 2 und endlich bei 1 Frau am 10. Tage. (In den 3 letzten Fällen handelte es sich um einen äußerst rigiden, bezw. narbig stenosirten Muttermund.) Der Eintritt der Geburt schwankte also zwischen 10 Stunden und 10 Tagen.

In den meisten Fällen genügte eine Tamponade zur vollständigen Erweiterung des Muttermundes, jedoch in 4 Fällen kam theils aus Rücksicht auf die Mutter (hochgradige Dyspnoë bei Kyphoskoliose) theils aus Rücksicht für das Kind (schwankende Herztöne) noch eine Kolpeuryse der Cervix vor.

Von den 18 Fällen verliefen nur 4 spontan; in den anderen Fällen war eine Operation erforderlich. (3mal Forceps, 1mal Perforation, 1mal Symphyseotomie und 9mal die innere Wendung und Extraktion.

Von den 18 Kindern kamen 15 lebend zur Welt (83%), von diesen leben heute noch 6. In direktem Anschlusse an die Geburt starben 2 Kinder = 13,3%.

Während der ersten Tage starben 3 Kinder = 23%.

Von den 18 Müttern starben im Wochenbette 3, die jedoch alle der künstlichen Frühgeburt nicht zuzuschreiben sind: eine Frau starb am 14. Tage an Pleuritis, eine andere am 13. Tage an einer Bronchopneumonie (Kyphoskoliose), und die dritte erlag am 10. Tage ihrer chronischen Nephritis. Die Mortalität durch den operativen Eingriff stellte sich also auf 0%.

Vollständig fieberfrei verlief das Wochenbett bei den 15 anderen Frauen 12mal (80%); doch zeigten auch die übrigen 3 Mütter keine erheblichen Wochenbettsstörungen, und wäre auch wohl nur ein Fall, bei dem vom 2.—5. Tage leichte Temperatursteigerungen über 38°, doch ohne nachweisbare Gründe, eintraten, dem durch die künstliche Frühgeburt bedingten Eingriff allenfalls zuzuschreiben.

Vortr. hebt als Vortheile der Methode die Sicherheit des aseptischen Verlaufes, die Ungefährlichkeit für die Mutter und die Zuverlässigkeit des Weheneintrittes hervor und empfiehlt sie als eine äußerst einfache Methode, die keine technischen Schwierigkeiten darbietet.

Diskussion. Herr Mond: In der Kieler Anstalt wurden kleine Kolpeurynter (50—60 g Inhalt, eventuell solche von 100—150 g), mit Glycerin gefüllt, in den Uterus eingelegt. Die Wehen traten durchschnittlich nach 4—5 Stunden ein. und bewährte sich diese Methode sehr gut.

Herr Lomer fragt, ob die von Herrn Hertz beschriebene Methode nicht von Vuillet in Genf angegeben sei.

Herr Hertz: Hofmeier gab diese Methode bereits 1887 an.

In der weiteren Diskussion wird von den Herren Staude, Roesing und Schrader die verschiedene Reizbarkeit des Uterus bestätigt. Herr Matthaei hat die Tamponade der Cervix einmal und zwar erfolglos gemacht.

Sitzung vom 25. Januar 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr C. Lauenstein: Demonstration eines myomatösen Uterus, exstirpirt nach vaginaler Voroperation durch Laparotomie. In der hinteren Cervixwand ein kindskopfgroßes Myom entwickelt, das durch hochgradige Verdrängungssymptome die Indikation zur Operation und die Art derselben bestimmte.

Auf dem das kleine Becken fast völlig ausfüllenden Tumor eine wie gestielt oben aufsitzende kleinere, bis über den Nabel reichende Geschwulst. Der Beckentumor sehr wenig verschieblich, die Portio fehlend. Die Operation begann mit Umschneidung des Muttermundes und Ablösung der Scheide vom unteren Pole der Geschwulst, nachdem die Scheide durch Spaltung des Dammes zugängig gemacht war. Dann erhöhte Beckenlage und Laparotomie. Die Ligg. lata vor der Durchtrennung mit Massenligaturen versorgt. Bildung einer großen Peritonealmanschette vorn und hinten, die nach Abwärtsschieben der Stümpfe in

die Vagina im Grunde des Beckens vollkommen vereinigt wurden. Vollkommener Schluss der Bauchwunde. Tamponade der Vagina. Fieberfreier Verlauf.

Diskussion: Herr Kümmell möchte diese Methode auch empfehlen.

Herr Lomer macht darauf aufmerksam, dass gerade derartige Cervixmyome sich oft auffallend leicht herausschälen lassen. L. berichtet über einen solchen Fall, der in der Gravidität auf diese Weise herausgeschält wurde, und zwar in wenigen Minuten. Die Gravidität blieb bestehen.

Herr Seeligmann fragt, ob Herr Lauenstein Erfahrungen über die von Landau empfohlene sekundäre Blutstillung bei abdomineller Totalexstirpation von Myomen des Uterus gesammelt habe, und ob die Methode bei dieser Operation im Gegensatze zu der präventiven Blutstillung Vortheile darbiete.

Herr Kümmell findet die Doyen'sche Methode nicht schön.

Herr C. Lauenstein: Herrn Lomer möchte ich erwidern, dass ich auf Grund eigener Erfahrung die Leichtigkeit der Ausschälung von Myomen bestätigen kann. Doch konnte ich in diesem Falle, wo ich bis zum Nabel hinauf Myome fühlte, unmöglich die Operation mit der Ausschälung beginnen. Was die Frage des Herrn Seeligmann wegen der Blutstillung betrifft, so wiederhole ich, dass ich die Ligg. lata nach Anlegung von Massenligaturen von oben durchtrennte. Dadurch, dass das Collummyom das ganze kleine Becken ausfüllte, waren die anatomischen Verhältnisse in der Weise verändert worden, dass die Basis der Ligg. lata ganz nach oben geschoben war und man desshalb die Blutstillung sehr leicht vornehmen konnte. Die Doyen'schen Klemmen verwende ich sehr oft, aber in anderer Weise, als es gewöhnlich geschieht. Ich lasse sie niemals liegen, sondern versorge die von ihnen gefassten Gewebe mit Unterbindungen, betrachte die Doyen'schen Klemmen also nur wie eine Art sehr gut und sicher fassender Arterienklemmen.

Herr Roesing demonstrirt einen wegen Cervixkrebs per vag. exstirpirten Uterus. Mehrfache sorgfältige Untersuchung hatte nur das Vorhandensein alter Parametritisreste links nachgewiesen, sonst erschienen Uterus und Adnexa völlig beweglich und frei. Bei der Operation fand sich totale Verödung des vorderen und hinteren Douglas, die Adnexa waren überhaupt nicht zu Gesicht zu bringen. Dieser unerwartete Befund mahnt zur Vorsicht bei der Indikationsstellung für vaginale Adnexoperation. Man sollte sich stets vorher auch die Erlaubnis zu einer eventuell nöthigen Laparotomie geben lassen, da sich während des Eingriffes der vaginale Weg als ungenügend erweisen kann.

Herr Lomer demonstrirt einen aus der linken Inguinalgegend operativ entfernten Tumor, welchen er seinem Aussehen nach für den Hydrops eines alten Bruchsackes halten möchte.

Herr Kümmell spricht den Tumor für eine Hydrocele feminalis an, eben so auch Herr C. Lauenstein.

Herr Kümmell legt das Präparat einer geplatzten linksseitigen Tubenschwangerschaft vor. Die Pat. war wegen eines gleichen Leidens schon 1mal laparotomirt worden. Wiederum glatter Verlauf.

Herr Seifert: »Zur Frage der Eklampsie«.

Vortr. hatte vor Kurzem einen Fall schwerster Eklampsia parturientium in Behandlung bekommen: 25jährige Primipara, nach 4 vorhergegangenen Anfällen Koma, aus dem sie auch nach Entbindung durch Forceps nicht mehr erwachte. In der Schwangerschaft keinerlei Erkrankung. Nach dem 1. Anfalle: Morphiuminjektionen, Aderlass (allerdings nur wenig Blut abgelassen), heiße Bäder und Einpackungen. Mit der Zange wurde ein schon abgestorbenes Kind entwickelt.

Im Anschlusse an diese Beobachtung und in Anknüpfung an seinen vor 2 Jahren gehaltenen Vortrag bespricht S. die Pathogenese dieser Erkrankung, eingehend auf die seitdem gemachten Fortschritte. Unter Demonstration entsprechender mikroskopischer Präparate von anämischer und von hämorrhagischer Lebernekrose weist er dabei auf die von Schmorl und anderen Autoren konstant gefundenen Leberveränderungen hin und hebt hervor, dass auch Schmorl in letzter Zeit seinen

Standpunkt gegenüber der Frage der Placentarzellenembolie geändert hat, indem er dieselben nicht mehr für ein Charakteristicum der Eklampsie hält. S. präcisirt nun seine Ansicht über die Pathogenese der Eklampsie dahin, dass, in Übereinstimmung mit Schmorl, es sich bei ihr um eine selbst auf den Fötus übertragbare Intoxikation handelt, die in einer Einschwemmung von in der Placenta entstehenden Stoffwechselprodukten in die mütterlichen Blutbahnen besteht. Indessen müsse nach Ansicht des Vortr. noch ein bisher unbekannter Faktor, was er vorläufig als eine gewisse Disposition bezeichnen will, hinzukommen, um Eklampsie hervorzurufen, wenn man bedenkt, dass so häufig mehr oder weniger hochgradige Nephritis bei Schwangeren und Gebärenden besteht, ohne dass es zu Eklampsie kommt.

Bei Berücksichtigung dieser Pathogenese komme es bezüglich der Therapie neben Anwendung der Narkotica vor Allem an auf eine Eliminirung der Toxine durch Anregung der Diurese und Diaphorese einerseits, wie Aderlass und darauffolgende Kochsalzinfusion andererseits, während auf die Raschheit der Entbindung weniger Gewicht zu legen sei.

Sitzung vom 8. Februar 1898.

Vorsitzender: Herr Lomer; Schriftführer: Herr Seeligmann.

I. Demonstrationen.

Herr Spaeth zeigt einen kürzlich exstirpirten Tumor von etwa Mandarinengröße. Die 34jährige Pat. klagte über Schmerzen in der rechten Bauchseite. In einer hiesigen Poliklinik hatte man Ren mobilis dexter angenommen und eine Binde verordnet. Keine Besserung. Pat. kam zu S., welcher einen Tumor des Mesenteriums diagnosticirte und die Laparotomie machte. Es ergab sich, dass der Tumor von der Fascia transv. abd. ausging und als ein Fibrom anzusprechen war.

Herr Roesing: Schon v. Langenbeck hat diese Tumoren beschrieben und auf die möglichen diagnostischen Verwechslungen hingewiesen.

Herr Lomer berichtet auch über einen Fall, bei welchem von verschiedenen Seiten die Diagnose auf Gallensteine gestellt wurde, wo sich aber nach Eröffnung des Abdomens nur Verwachsungen der Gallenblase mit ihrer Nachbarschaft vorfanden; außerdem war eine rechtsseitige Wanderniere vorhanden, die einen Tumor der Gallenblase vortäuschte. Nach Lösung der Verwachsungen ist jetzt die Pat. völlig beschwerdefrei.

Herr Seeligmann: Diese Verwechslungen von descendirten Nieren mit Tumoren des großen und des kleinen Beckens sind gar nicht so selten. Es sei hier erinnert an einen auch publicirten Fall aus einem hiesigen Krankenhause, bei welchem die bis ins kleine Becken herabgetretene Niere für einen Ovarialtumor gehalten wurde und wegen Verletzungen während der Operation nachträglich entfernt werden musste.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Seifert: »Zur Frage der Eklampsie«.

Herr Mond fragt nach der Dosis und der Anzahl der gemachten Morphiuminjektionen.

Herr Seifert: Im Ganzen 4 Injektionen zu 0,01.

Herr Mond empfiehlt nach den Erfahrungen in der Kieler Klinik große Dosen (0,03 pro dosi).

Herr Roesing berichtet, dass in Halle in der Kaltenbach'schen Klinik noch größere Dosen (0,04 pro dosi bis in toto 0,12) Morphium und außerdem noch 4,0 Chloral in einzelnen Fällen mit günstigem Resultate angewandt worden sind. Nur große Dosen von Morphium und Chloral könnten eine Lähmung der Krampfcentren bewirken, kleine Dosen nützen nichts.

Herr Lomer weist darauf hin, dass in einzelnen Fällen sicherlich eine Apoplexie mit im Spiele wäre. Es würde bei den gemachten Sektionen zu wenig Rücksicht auf die pathologische Anatomie des Gehirns genommen. Ein weiteres

wichtiges Moment sei das Fieber, das er in einigen Fällen in einer Höhe von 41° beobachtet hätte. In diesen Fällen sei es wohl indicirt, anstatt warmer Einpackungen kalte Umschläge zu machen.

Herr Ratjen möchte doch vor den großen Morphiumdosen warnen; er habe eine Anzahl von Eklampsiefällen beobachtet, bei denen die Chloroforminhalationen recht gute Dienste geleistet hätten.

Herr Roesing hat bei Schatz, wo die Chloroforminhalationen angewandt wurden, nicht so gute Resultate gesehen, als bei Kaltenbach, der hohe Morphiumdosen gab. Die deletäre Einwirkung des Chloroforms auf Niere und Leber müsse doch in Rücksicht gezogen werden.

Herr Lomer ist ebenfalls ein Anhänger der Morphiumtherapie', nur kann er sich den optimistischen Anschauungen von Veit in dieser Frage nicht anschließen. Er hat Fälle beobachtet, bei welchen trotz hoher Morphiumgaben mit gleichzeitiger Anwendung von Chloral die Anfälle nicht sistirten, erst die Entleerung des Uterus war von Erfolg begleitet. Nach seiner Meinung spielen neben der Autointoxikation auch noch andere Faktoren bei der Ätiologie eine Rolle; die von ihm beobachtete Häufung der Fälle in einem und demselben Bezirke deuten auf eine möglicherweise bestehende epidemiologische Ursache hin.

Herr Seifert will zukünftig in der Therapie von ausgiebigem Aderlass und darauf folgender Kochsalzinfusion Gebrauch machen, um das toxische Blut zu entfernen.

Sitzung vom 8. März 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Demonstrationen:

Herr Staude: 3 vaginal entfernte Uteri, 1mal lag Corpus-, 2mal Cervixcarcinom vor.

Im Anschlusse an die Krankengeschichten führt Redner aus, dass es scheine, als ob ein Kampf zwischen abdomineller und vaginaler Methode entbrannt und dass manche Operateure für die abdominelle Methode sind, weil bei derselben eventuell sich die Iliacaldrüsen entfernen lassen. Größe des Tumors könne eventuell als Einwand gegen die vaginale Methode gelten, Enge der Vagina nicht, da der Schuchardt'sche Schnitt die Enge beseitige. S. ist skeptisch gegen die betonte größere Sicherheit der Dauerresultate der abdominellen Methode.

Herr Rose hält es nach Untersuchungen an der Leiche für zuweilen sehr schwierig, an der Lebenden alle Drüsen zu finden, und glaubt, dass über die Dauerresultate erst nach Jahren ein Urtheil gebildet werden könne.

Herr Rose berichtet über einen Fall von verschleppter Querlage, der schließlich nach Perforation, erfolgloser Anlegung des Kranioklast noch durch Wendung beendigt werden konnte.

In der hieran sich anschließenden Diskussion spricht sich Herr Staude für die Kephalotribe (Martin'sche) aus, während die Herren Roesing und Mond den Auvard'schen Kranioklast für sehr praktisch halten.

Herr Schrader empfiehlt bei stärkeren Graden von Beckenverengerung den Kranioklast beim allgemein verengten Becken ans Hinterhaupt und beim platten ans Vorderhaupt anzulegen.

Die Vortheile der Seitenlage bei Wendung werden von den Herren Lomer, Staude und Schrader hervorgehoben.

Sitzung vom 22. März 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Rose berichtet über 2 Fälle von Ovarialabscess und demonstrirt die Präparate:

Fall 1, entstanden nach gonorrhoischer Infektion. Bauchschnitt: mühsame Lösung des überall verwachsenen Uterus und des Tumors, Abtragung des letzteren

und der Tube, Lösung der anscheinend normalen Adnexe der anderen Seite aus ihren Verwachsungen. Ventrofixation. Heilung per prim. 3 Monate nach der Operation bei gutem Allgemeinbefinden entsteht eine Hautgangrän, welche vom größten Theile der Narbe ausgeht und 4 Tage lang nach beiden Seiten je bis zu 4fingerbreit nahezu symmetrisch vorschreitet, spontan zum Stillstande und nach Abstoßung der gangränösen Hautpartien rasch zur Heilung kommt. Ätiologie vollkommen dunkel. Das Ovarium ist in eine Abscesshöhle verwandelt, die Tube stark erweitert.

Fall 2. Bei der Operation platzte der Tumor, der Eiter wurde aufgefangen, Austupfen der Beckenhöhle mit Sublimattupfern, dann mit steriler Gaze. Im Abscesseiter keine Mikroorganismen. Fieberfreie Heilung. Die mitentfernte Tube ist verdickt.

Derselbe demonstrirt ein faustgroßes subperitoneales lang gestieltes Myom, welches in der Gegend der rechten Tube vom graviden Uterus (10. Monat) ausging, neben dem Uterus rechts oben sehr beweglich sich präsentirte, zeitweilig heftige Leibschmerzen verursachte und für einen Ovarialtumor gehalten wurde. Abwarten der Geburt (Zange). Wegen der im Wochenbette von Kystomen drohenden Gefahren Laparotomie. Der Tumor zeigt ringsum frische Verwachsungen und in seinem Inneren kleine Erweichungsherde. Außerdem werden noch 4 kleine subperitoneale Myome entfernt, 1 kirschkerngroßes interstitielles enukleirt, das Bett vernäht. Glatte Heilung.

Herr Matthaei fragt, welches Material zur Fixation des Uterus und zur Bauchnaht verwandt worden ist.

Herr Rose: Silkworm zur Naht der Fascie, versenkt; die Narbe hält nach Mittheilung von Dr. Sick sehr gut.

Herr Matthaei hat nach Versenkung von Silkworm bei einer Ventrofixation im unteren Wundwinkel 4 Monate später eine Fistel gesehen, die erst nach Entfernung eines Silkwormfadens schwand.

Herr Rose: Der Process spielte sich nur in der Haut ab, das Silkworm könne daher die Ursache nicht gebildet haben.

Herr Schultze sah die Pat. ebenfalls und erwähnt, dass auch der Verdacht auf eine luetische Affektion vorgelegen habe.

Herr Roesing möchte an thrombotische Processe denken innerhalb der neugebildeten Gefäße der Narbe unter dem Drucke eines in der Tiefe entstandenen, später jedoch resorbirten Infiltrates.

Herr Spaeth demonstrirt das Präparat eines altabgelaufenen Tubenabortes. Menses waren 14 Tage ausgeblieben. Nach ca. $^1/_2$ Jahre machten Schmerzen die Operation doch noch nöthig.

Herr Lomer demonstrirt:

1) einen kolloiden Ovarialtumor nebst dem anderen Ovarium, das einen Abscess und ein kleines Hämatom enthielt;

2) eine Tube, welche starke Verdickung der Wände aufweist. L. deutet diese als eine »koncentrische Hypertrophie der Tube« nach Martin;

3) einen wegen Cancroid der vorderen Muttermundslippe entfernten graviden Uterus (3. Monat). Am 1. Tage Auskratzung und Paquelin, am nächsten Entfernung per vag. — Der Uterus wird zum Schlusse der Sitzung eröffnet;

4) eine Bartholini'sche Cyste.

Sitzung vom 5. April 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Seeligmann.

Herr Seeligmann demonstrirt:

1) einen mannsfaustgroßen Tuboovarialtumor, durch Laparotomie gewonnen. Bei der Ausschälung der Geschwulst floss Eiter über das Operationsfeld, deshalb Drainage des Douglas nach der Vagina mit Jodoformgaze. Die letztere, welche das ganze Geschwulstbett tamponirte, wurde durch die beiden Reste des betreffenden

Lig. lat. und einige Appendices epiploicae völlig überdacht und so das ganze kleine Becken vom großen abgeschlossen. Heilung glatt.

2) einen über mannskopfgroßen myomatösen Uterus, durch Laparotomie total exstirpirt. Auch in diesem Falle Drainage nach der Scheide; Überdachung der Jodoformgaze durch Vernähen des Peritoneums der Blase mit dem des Mastdarmes. Glatte Heilung.

Herr Kümmell möchte der Drainage der Bauchhöhle nicht das Wort reden. Das Peritoneum kann Infektionen vertragen, auf die die Bauchdecken mit Eiterung reagiren; er fürchtet, dass durch die Dachbildung leicht Ileus entstehen könnte.

Herr Seeligmann: Es handelt sich in diesen Fällen um eine Drainage nur des Operationsfeldes. Zur Dachbildung genüge es oft, außer den theilweise erhaltenen Blättern des Lig. lat. 1 oder 2 in der Nähe liegende Appendices epiploicae heranzuziehen. Er hat bei dieser Methode in einer Reihe von Fällen ausnehmend gute Resultate gesehen und keinen einzigen so operirten Fall verloren.

Herr Lomer möchte diese Methode empfehlen besonders für Fälle von zerfetztem und zerklüftetem Geschwulstbett. Nachbehandlung und Rekonvalescenz sei leichter und besser.

Herr Rose hat in 2 derartigen Fällen nicht drainirt, sondern nur den Eiter aufgetupft; ungestörte Heilungen.

Herr Rose demonstrirt dann stereoskopische Bilder von dem Falle von Hautgangrän, über den er in letzter Sitzung berichtet hat. Nachträglich hat sich herausgestellt, dass die Pat. Umschläge mit schwacher Karbolsäurelösung gemacht hatte. Herr R. möchte aber in dieser nicht die Ursache der Gangrän erblicken.

Herr Kümmell meint, dass diese Umschläge ätiologisch doch in Betracht kämen. Man sieht ja gelegentlich ausgedehnte Gangrän, namentlich an den Fingern und Zehen, nach Umschlägen und Verbänden selbst mit schwachen Karbollösungen eintreten.

Herr Mond (als Gast): Über den Geburtsverlauf bei den verschiedenen Operationsmethoden der Retroflexio uteri.

Vortr. bespricht zunächst die verschiedenen gebräuchlichen Methoden operativer Beseitigung der Retroflexio uteri und kommt zu dem Schlusse, dass nach jeder Methode operativen Einschreitens, bei allen festen Antefixirungen Geburtsstörungen erwartet werden können. Je nach der gewählten Methode und der Art der Ausführung der Fixation ist der Grad der Abweichung vom Normalen ein verschiedener. Während auf der einen Seite Störungen bei Geburten nach vorhergehender Antefixation ganz unbedeutender Art, kaum diagnosticirbar sind, werden andererseits Erscheinungen so schwerer Art beobachtet, dass das Leben der Mutter und des Kindes aufs äußerste bedroht erscheint. Es folgt eine kurze Besprechung der Physiologie der Geburt nach Antefixatio uteri. Die Folgen der Antefixatio uteri bestehen 1) in einer Verlegung der Uterusachse; dieselbe geht nicht allmählich in die Beckenachse über, sondern kreuzt sich mit ihr; 2) in einer Entwicklungshemmung, die die vordere Wand des Uterus erleidet. Dieselbe steht in Abhängigkeit von der Höhe, Ausdehnung und Festigkeit der Fixation. Sodann berichtet Vortr. über die verschiedenen Operationsmethoden selbst, wie sie von ihm nach der Kieler Schule ausgeübt werden, so wie dann weiter über eine Zahl beobachteter Geburten bei Frauen, die mittels Ventro-Vesicofixation oder Alexander-Adams oder nach Mackenrodt und Dührssen operirt worden sind.

Nach vergleichender Zusammenstellung der einzelnen Geburten kommt Vortr. zu dem Resultate, dass bei jeder der angewandten Methoden um so weniger Schwangerschafts- und Geburtsstörungen zu fürchten sind, je mehr während der Operation von Anfang an die Möglichkeit einer späteren Konception in gebührender Weise berücksichtigt wird. Als rationellste Operationsmethode der ganz beweglichen unkomplicirten Retroflexio empfiehlt Vortr. die Alexander-Adams'sche. Die dabei von amerikanischen Autoren beobachteten Störungen des Geburtsverlaufes sind wohl nicht auf die Methode selbst, sondern auf die Art der Ausführung zurückzuführen.

Bei fixirten oder schwer beweglichen Uteri kommt die Ventro-Vesicofixation in Betracht mit vorzüglichem Erfolge für Mutter und Kind.

Was schließlich die vaginale Fixation und die nachfolgende Geburt anlangt, so betont Vortr. besonders, dass es unumgänglich nöthig sei, um jeder Geburtsstörung aus dem Wege zu gehen, bei der Nahtlegung durch das Corpus uteri den oberen Theil des Fundus völlig aus dem Spiele zu lassen. Natürlich ist bei diesem vorsichtigen Vorgehen bei dieser Operationsmethode der Eintritt eines Recidivs nach der Geburt erleichtert.

Diskussion: Herr Kümmell hat zur Fixation des Uterus nach vorn verschiedene Methoden geübt:

1) Die Ventrofixation; nach dieser hatten die Pat. nachträglich sehr viele Schmerzen. In einem Falle wurde die Pat. 4mal sehr schwer entbunden; außerdem hat sie einige Male abortirt.

2) Die Mackenrodt'sche Operation; in einem diesbezüglichen Falle musste später der Kaiserschnitt gemacht werden (Dr. Urban).

3) Die Alexander-Adams'sche Operation seit Herbst 1895. Auch früher hat er diese Operation geübt, doch waren die Resultate so schlecht, dass er sie wieder aufgegeben hat. Seit 1895 wird nun die Operation nach den Modifikationen von Bernis durchgeführt und die Resultate sind befriedigend und hat Redner seit dieser Zeit 60 Fälle nach dieser Methode operirt, davon sind:

9 schwanger geworden, von diesen haben 4 normal geboren, 5 sind noch schwanger. Nach seinen Beobachtungen leistet diese Methode sicherlich Gutes bei beweglichem Uterus oder bei solchen, die nach Schultze in der Narkose gut beweglich gemacht worden waren und sich leicht nach vorn bringen ließen.

Herr Frank hat nach Alexander-Adams in 7 Fällen operirt und zwar, wie er es bei Kocher (Bern) gesehen hat. In einem Falle konnte er das Lig. rot. nicht finden und hat desshalb die Ventrofixation angeschlossen. In einem seiner Fälle ist Schwangerschaft eingetreten; in einem ein Recidiv erfolgt.

Herr Staude hat 4 Fälle von Schwangerschaft bei nach vorn fixirtem Uterus beobachtet. In einem Falle war eine Vesicofixation gemacht worden, in den 3 übrigen die Ventrofixation (2 vom Redner, 1 von einem hiesigen Arzt operirt); die Entbindung des letzten Falles hat sehr viel Schwierigkeiten geboten und musste durch den Kranioklasten beendet werden.

Herr Seeligmann hat einige Fälle von Schwangerschaft und Geburt nach Antefixatio uteri beobachtet. 2 Fälle von Ventrofixation klagten über große Beschwerden, namentlich im Beginne der Schwangerschaft, eben so wie ein Fall, bei dem die Alexander-Adams'sche Operation gemacht worden war, so dass es scheint, als ob die Fixatio uteri das Wachsthum des Uterus gerade im Beginne der Gravidität besonders behindere. Die Geburt bei der Ventrofixirten ging glatt von statten, die nach Alexander-Adams' Operirte und eine vaginofixirte Frau von 42 Jahren sind zur Zeit noch gravid.

Herr Rose hat eine Geburt nach einer Mackenrodt'schen Operation gesehen, die glatt verlief.

Sitzung vom 26. April 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Staude demonstrirt ein submuköses Myom, welches das fünfte ist, welches er bei derselben Pat. in 6 Jahren entfernte.

Derselbe berichtet eingehend über 2 operirte Fälle von Rectumcarcinom; das jüngst gewonnene Präparat des 2. Falles wird demonstrirt.

Fall 1. Ringförmiges Mastdarmcarcinom, das ca. $1^1/_2$ Zoll oberhalb des Anus anfing und ungefähr 3fingerbreit hinaufreichte. An der Stelle, an der sich dieses Carcinom entwickelt hatte, war 2 Jahre vorher ein papillärer Tumor von S. entfernt worden. Typische Abtragung des Steißbeines und einer entsprechenden rechtsseitigen Partie des Kreuzbeines, Resektion des erkrankten Theiles, exakte Vereinigung der Mastdarmenden mit im Rectum geknoteten Fäden. Heilung unter

kleiner Fistelbildung, welche durch Höllensteinätzungen in 4 Monaten zum Verschluss gebracht wurde. Dieser vor 4 Jahren operirte Fall hat ein quoad formam et functionem vorzügliches Resultat geliefert, es besteht eine tadellose Funktion; nur eine Narbe und eine geringe, für 2 Finger bequem durchgängige Stenose im Rectum zeugen von der ehemaligen Operation.

Fall 2. Jetzt am 12. Tage post oper. Es bestand hier etwa ein thalergroßes Carcinom der vorderen Rectalwand, das knapp 2 cm oberhalb des Anus begann. Im Bindegewebe neben dem Rectum nach der Vagina zu einige geschwellte Lymphdrüsen fühlbar. Um die intakte hintere Wand zu konserviren, wurde das Carcinom unter Bildung eines Schönborn'schen muskulokutanen Lappens zugänglich gemacht und resecirt ohne Eröffnung des Douglas. Alsdann wurde die vordere Mastdarmwand herabgezogen, um an die Analschleimhaut angenäht zu werden, dabei entstanden 2 seitliche Längsspalten, die so vereinigt wurden, dass die Knoten der Seidenfäden ins Rectum zu liegen kamen. Nach Schluss dieser Spalten wurde, da man nicht mehr ins Rectum knoten konnte, der Rest der vorderen Mastdarmwand an die Analschleimhaut mit Katgut angenäht. Dann wurde der abgelöste muskulokutane Lappen wieder an seine Stelle angenäht, womit die normale Form des Anus wieder hergestellt war. Das Rectum ist bislang dicht geblieben.

Durch die Gunst der Verhältnisse war es in beiden Fällen gelungen, die Form und Funktion durch Konservirung des Sphinkter und des Anus zu erhalten ohne größere Vorbereitungsoperationen, wie sie die Anlegung des künstlichen Afters darstellen. Aber auch in vielen Fällen dürften die Verhältnisse so günstig liegen, dass man noch einen sehr schätzbaren Centimeter Analschleimhaut erhalten kann und wo dieses möglich, gelingt wohl auch vielleicht die Erhaltung des Sphinkters.

Diskussion: Herr Rose sah hinsichtlich der tiefsitzenden schildförmigen Mastdarmcarcinome, deren obere Grenze man bei der Rectaluntersuchung mit dem Finger erreichen kann, bei Mackenrodt ein Verfahren, das die Entfernung sehr erleichterte: man umschneidet den Anus U-förmig (der geschlossene Theil des U liegt an der Spitze des Steißbeines). Hierdurch wird das Operationsfeld sehr übersichtlich und wird nach Resektion des carcinomatösen Stückes das obere Mastdarmende an das untere mit den Lambert'schen analogen Nähten vereinigt.

Herr Roesing: In der Madelung'schen Klinik wurde gewöhnlich nichts mehr vom Kreuzbeine resecirt, sondern nach der Kocher'schen Methode nur das Steißbein entfernt.

Herr Rose: Die Chirurgen bedienen sich jetzt oft nur der temporären Knochenresektion.

Sitzung vom 10. Mai 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Frank demonstrirt männliche Zwillingsfrüchte, Omphalopagen, dem 8. Monate angehörig. Die Geburt war spontan und leicht vor seiner Ankunft erfolgt. Nach Angabe der Hebamme hatten sich beide Früchte in Schädellage zur Geburt gestellt. Der hintere Kopf stand tiefer und wurde zuerst geboren, alsdann der zweite, dann die Rümpfe zusammen. Die Früchte starben gleich nach der Geburt.

Sitzung vom 24. Mai 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Seeligmann.

Herr Schöningh (als Gast) legt das Präparat einer durch Laparotomie gewonnenen Tubargravidität vor. Die Pat. war 45 Jahre alt.

Ferner eine Dermoidcyste, die er im Zusammenhange mit einem ca. 40 Pfund schweren Ovarialkystom entfernt hat.

Herr Staude demonstrirt zwei exstirpirte carcinomatöse Uteri und eine über mannskopfgroße Cyste, letztere durch Bauchschnitt entfernt. Nach der sehr schwierigen Ausschälung des intraligamentär entwickelten Tumors aus seinem Bette lag

der M. ileopsoas und der Ureter der rechten Seite völlig frei vor und die Operation musste durch Dachbildung, Tamponade und Drainage nach dem unteren Wundwinkel beendet werden.

Herr Grapow: Über die Mittel zur Erschwerung der Konception. Vortr. giebt unter gleichzeitigen Demonstrationen eine erschöpfende Zusammenstellung der im Laufe der Zeit zu diesem Zwecke erfundenen und empfohlenen mechanischen Mittel (Pessare etc.), bespricht alsdann die medikamentösen und im Anschlusse hieran diverse sog. Scheidenpulverbläser. Alle diese Mittel hätten, obwohl sie zum Theil theoretisch anscheinend gut begründet seien, in der Praxis nicht das gehalten, was von ihnen erwartet worden. Das zuverlässigste Mittel sei noch das Kondom, wenn es nicht platzt.

Diskussion: Herr Staude: Das am häufigsten angewandte Mittel ist der Coitus interruptus, dessen nachtheilige Folgen bei Frauen und Männern er schon zu beobachten Gelegenheit hatte.

Herr Spaeth hat ebenfalls Fälle von ausgesprochener Neurasthenie bei Frauen und Männern gesehen, die er auf den Coitus interruptus zurückführen musste; auch Endometritis hat er beobachtet, die er als Folge der angewandten konceptionsverhindernden Mittel ansprach, und die auch wieder schwand, als diese Mittel ausgesetzt wurden. Der Erfolg der Pulverbläser ist seiner Erfahrung nach in einem Falle negativ geblieben.

Herr Hennings ist der Meinung, dass man bei Neurasthenischen doch wohl noch andere Ursachen als den vielleicht auch geübten Coitus interruptus ätiologisch berücksichtigen müsse.

Herr Lomer sah in einigen Fällen nach Anwendung diesbezüglicher Mittel (welche angewandt wurden, kann er nicht sagen) Endometritis und chronische Metritis entstehen, die wieder verschwanden, nachdem diese Mittel wieder ausgesetzt worden waren.

Herr Seeligmann hat ebenfalls derartige Fälle gesehen und glaubt, dass besonders bei Anwendung des Mensinga'schen Pessars, das von Periode zu Periode liegen bleiben soll, leicht Endometritis und Erosionen an den Muttermundslippen entstehen.

Herr Grapow: Die Mensinga-Pessare werden am besten jeweils post actum wieder entfernt.

(Vertagung der Diskussion.)

Sitzung vom 7. Juni 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Mittermaier demonstrirt:

1) ein Lipom des Dickdarmes, durch Laparotomie entfernt. Heilung. Das Lipom saß, wie die Laparotomie ergab, an der Flexura coli hepatica, die Mesenterialdrüsen stark geschwollen, leichte Peritonealadhäsionen, der Darm an der Ansatzstelle leicht invaginirt. Der Darm wurde über dem Tumor incidirt, der Tumor, der sich in das Darmlumen hinein entwickelt hatte und dasselbe zum größten Theile verschloss, aus der Darmwand excidirt, und ohne Resektion des Darmes das Darmlumen und die Excisionsstelle mit 2- theils 3facher fortlaufender Katgutnaht geschlossen; das Darmlumen behielt dabei genügende Weite. Der Tumor ist ein reines Lipom, hat Hühnereigröße, scheint vom mesenterialen Fett seinen Ausgang genommen zu haben; derselbe hat die Muscularis und Mucosa des Darmes durch seine polypöse Entwicklung ins Darmlumen hineinperforirt und ist dadurch oberflächlich ulcerirt. Pat. jetzt beschwerdefrei.

2) Zwei gonorrhoische Pyosalpingen, von denen die rechtsseitige so innige Verwachsungen mit dem Processus vermif. eingegangen, dass er in uno mit derselben mitentfernt werden musste. Anamnese, so wie das Aussehen des im Inneren normalen Wurmfortsatzes und der sonstige Befund sprechen dafür, dass der Wurmfortsatz erst sekundär in die Verwachsungen einbezogen ist. Heilung.

Derselbe bespricht zwei von ihm beobachtete Fälle von wiederholter Extra-uterin-Gravidität bei derselben Frau mit Demonstration der durch die Operationen gewonnenen Präparate.

Im Fall I wurde innerhalb 15 Monaten wegen Tubengravidität bezw. -Abort (6.—8. Woche) erst die eine, dann die andere Tube durch Bauchschnitt entfernt. Gelegentlich der ersten Laparotomie wurden zahlreiche Peritonealfäden der zurückbleibenden Adnexe der anderen Seite durch Schere und Paquelin durchtrennt. Heilung.

Fall II soll 10 Jahre vorher einen Tubenabort durchgemacht haben, und hatte sich die hierdurch bedingte Geschwulst nach 5monatlichem Krankenlager zurückgebildet. Die zweite Extra-uterin-Gravidität machte die Laparotomie nöthig: Die völlig intakte Tube enthielt die Placenta einer Extra-uterin-Gravidität, das abdominelle Ende der Tube war offen, aus dem Ostium hing eine 28 cm lange Nabelschnur, an der sich eine frische, anscheinend lebende Frucht des 4. Monats befand. Die Frucht war nach Zerreißen der Eihäute spontan durch das Ostium abdominale tubae in die Bauchhöhle geboren, die Placenta war haften geblieben; beide hatten sich weiter entwickelt. — An Stelle der Anhänge der anderen Seite findet sich ein hühnereigroßer Tumor, aus dem cystisch degenerirten Ovarium und der mit ihm fest verwachsenen hydro-salpingitischen Tube bestehend. Resektion des Ovariums. Heilung.

In beiden Fällen war ein fieberhaftes Wochenbett vorausgegangen und dürften die Peritonealadhäsionen zur Entstehung der Extra-uterin-Graviditäten Veranlassung gegeben haben.

Herr Seeligmann legt eine intraligamentär entwickelte Ovarialcyste vor, welche starke Adhärenzen mit der Umgebung eingegangen war. Bei Lösung derselben 2malige Verletzung der Blase, welche durch doppelte Etagennähte wieder geschlossen wurde. Glatte Heilung.

Herr Grapow demonstrirt 1) einen carcinomatösen Uterus, welcher im 3. Monate der Gravidität per vaginam entfernt wurde. Die Entfernung des Uterus wurde durch Entleerung desselben wesentlich erleichtert.

2) Eine Hydrosalpinx von weit über Faustgröße.

Herr Lomer legt u. A. vor einen Processus vermiformis; derselbe war mit Darm, Netz, Uterus, Ovarium und Tube stark verwachsen.

Herr Staude zeigt einen wegen Prolaps entfernten Uterus mit mäßiger Cervixelongation.

Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag des Herrn Grapow: »Über die Mittel zur Erschwerung der Conception«.

Zu der Frage, welche Erfahrungen die Anwesenden mit den einzelnen Mitteln gemacht haben, werden bezüglich der medikamentösen (»Ovale«, »Schweitzer-Pessare« u. Ä.) nur von einer Seite Erfolge berichtet (2 Fälle), während alle anderen Redner bloß Misserfolge sahen; dessgleichen wurden auch nach den Pulverbläsern nur Misserfolge konstatirt.

Herr Spaeth demonstrirt hierbei nach seinen Angaben konstruirte gläserne Occlusivmutterrohre, mit welchen schwach angesäuerte Lösungen durchgespült werden. Bis jetzt kein Misserfolg, jedoch werden dieselben erst wenige Monate angewandt.

Herr Jaffé hält diese Rohre für gefährlich, weil Flüssigkeit in den Uterus dringen könne.

Bezüglich der mechanischen Mittel, insbesondere der Mensinga-Pessare betont Herr Staude, dass sie nur angewendet werden dürfen, wenn kein Genitalleiden vorliegt, und dass sie nur bei mäßig retrovertirtem Uterus nützen, da das Pessar ziemlich quer zur Achse des Uterus liegen müsse; daher versagen die Pessare bei antevertirtem Uterus.

Herr Lomer hat nach Occlusivpessaren, welche von anderer Seite eingelegt waren, jauchende Kolpitiden gesehen.

Herr Roesing glaubt, dass ethisch veranlagte Frauen durch die Behinderung der Konception doch in ihrem psychischen Verhalten leiden könnten. Er empfiehlt Kondom.

(Vertagung der weiteren Diskussion.)

Sitzung vom 21. Juni 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag des Herrn Grapow: »Über die Mittel zur Erschwerung der Konception«.

Hinsichtlich der operativen Methode zur Sterilisirung empfiehlt Herr Rose die keilförmige Excision der Tubenwinkel und hält dieselbe für angezeigt:

1) bei engem Becken im Anschlusse an den Kaiserschnitt;

2) bei Tuberkulose, namentlich Nierentuberkulose und sonstigen Komplikationen, die durch Gravidität schlechter werden, aber nur im Anschlusse an bereits aus anderen Gründen gemachter Laparotomie, eben so, wenn zahlreiche Geburten, etwa 5—6, zu schnell auf einander gefolgt sind und der Mann krank ist und voraussichtlich bald stirbt. Sociale Gründe, Armuth, werden vom Redner nicht anerkannt, für die Überbevölkerung sei die Gemeinde da.

Herr Staude fragt, welche Erfahrungen Rose mit der operativen Sterilisirung gemacht habe.

Herr Rose hat hiermit noch keine eigene Erfahrung gemacht.

Herr Staude hat eine Erfahrung: doppelseitige Unterbindung beider Tuben und Resektion von Stücken aus derselben gelegentlich einer Ventrofixation, die vor $1^1/_2$ Jahr gemacht worden; seit dieser Zeit Sterilität.

Herr May hatte gehofft, dass die Diskussion ein Verfahren ergeben würde, welches in nöthigen Fällen sicher und ohne Schaden für die Frau die Konception behindere, da man nicht immer den socialen Gründen gegenüber sich ablehnend verhalten könne.

Herr Lomer verhält sich bei socialen Verhältnissen absolut ablehnend und selbst bei Kranken sei die Frage sehr schwierig zu entscheiden, wo die Grenze liege, denn Tuberkulose z. B. könne auch ausheilen.

Herr Seeligmann glaubt, dass man sich nicht immer bei socialen Fällen ablehnend verhalten könne, und berichtet über einige diesbezügliche Fälle.

Herr Grapow möchte ebenfalls nicht den streng ablehnenden Standpunkt des Herrn Lomer vertreten; er habe es oft bedauert, dass es kein sicheres Mittel gebe.

Herr Marben stellt sich durchaus auf den Standpunkt des Herrn Grapow. Die Hilfe des Staates wird von solchen Leuten auch nicht immer angenommen, da sich Viele einen gewissen Stolz bewahren.

Herr Lomer glaubt, dass vorher das psychische Moment eine Rolle spiele, die Scheu vor Geburt, Wochenbett etc., nachher wollen dieselben Frauen, die die Konceptionsbehinderung gewünscht hatten, das Kind nicht missen.

Herr May: Nur degenerirte Frauen werden das Kind weggeben; die Prophylaxe wird aber doch oftmals nöthig.

Herr Staude: Es werde zuweilen zur Pflicht, Rath zu geben.

Sitzung vom 8. November 1898.

Vorsitzender: Herr Lomer, später Herr Staude;

Schriftführer: Herr Schrader.

Es demonstrirt:

Herr Matthaei ein Dermoid des Ovariums; wegen Herzfehlers der 67jährigen Pat. keine gewöhnliche Narkose möglich, daher Anästhesie nach Schleich; nur bei Trennung einer großen flächenhaften Verwachsung des Tumors mit dem Peritoneum in der Gegend der Lin. innom. und des Ileo-psoas musste für 3 Minuten die Chloroformnarkose eintreten, dann wieder Schleich. Diese Methode habe sich hierbei glänzend bewährt und gezeigt, wie weit man mit ihr gehen kann.

Herr Kümmell bemerkt hierzu, dass er oft nach Schleich verfahre und die Methode oft gute Dienste leiste. Jedoch sei die Empfindlichkeit individuell sehr verschieden, elende Personen reagiren besser auf diese Methode als kräftige; Potatoren wiederum sind schwer empfänglich. Suggestion spiele zweifelsohne eine große Rolle, der Pat. müsse auch den guten Willen haben. Der Hautschnitt werde entschieden anästhetisch gemacht, über die Empfindlichkeit der tieferen Gewebe wüssten wir noch zu wenig. Empfindet der Pat. schon den ersten Nadelstich zu heftig, so sei dies ein deutliches Reagens, dass die Empfindlichkeit zu groß und die Schleich'sche Methode zu verlassen ist.

An der weiteren Diskussion hierüber betheiligen sich die Herren Matthaei, Lomer, Roesing, Rose und Staude. Letzterer sah in einem Falle von Dammplastik (Schleich wegen Herzfehlers) eine Fistel zwischen Rectum und Damm eintreten und möchte diesen kleinen Misserfolg auf die Schleich'sche Methode zurückführen.

Herr May: Verschiedene Autoren legen kein so großes Gewicht auf die Herzfehler, während nach Anderen die ausgedehnte Lokalanästhesie mit Cocain auch nicht gleichgültig ist.

Herr Jaffé glaubt, dass, wenn alle Operateure, die nach Schleich arbeiten, ihre Resultate veröffentlichen würden, die Schleich'sche Methode doch nicht ganz gleichgültig für das Herz erscheinen dürfte. J. berichtet u. A. über eine Herniotomie bei einem 83jährigen Herrn; Dauer der Operation ca. 25 Minuten, bald nach der Operation Collaps, der erst am anderen Tage wich. Am darauffolgenden Tage Beginn einer hypostatischen Pneumonie, der Pat. erlag.

Herr Kümmell: Auch bei Herzfehlern ist die Chloroformnarkose nicht kontraindicirt, bei gestörter Kompensation ist natürlich doppelte Vorsicht geboten.

Herr Staude demonstrirt eine Tubargravidität von etwa 14 Tagen. Menses waren noch nicht ausgeblieben, jedoch ging nach der letzten Periode noch ab und zu ein Tropfen Blut ab, links im Leibe etwas Ziehen. Pat. stellte sich 3 Wochen nach der Periode vor, der Blutabgang nach der Periode wurde auf größere Radfahrten zurückgeführt. Wenige Stunden nach der Exploration Erscheinungen einer inneren Blutung. Operation noch am selben Abend. Die linke Tube war so wenig verdickt, dass erst noch die rechte untersucht wurde.

Derselbe berichtet über einen Fall von partieller Inversio uteri bei in die Scheide geborenem Uterusmyome. Das verjauchte Myom wird mit Ecraseur abgetrennt, dabei ein Ovarium mit entfernt. Nun ergiebt die Untersuchung: Im Uteruskörper noch ein walnussgroßes Myom, welches schon vor der Operation diagnosticirt war, demselben gegenüber in der Mitte der hinteren Wand ein Loch, durch das man in den Douglas gelangt. Uterusexstirpation. Befund am Uterus: Das Myom in der Vorderwand sitzt submukös und ragt in die Uterushöhle hinein, das Loch in der hinteren Wand ist für einen Finger durchgängig.

An der Hand dieses und eines Falles von Werth, mit dem der vorgetragene eine bedeutende Ähnlichkeit habe, werden Diagnose und Entstehung der partiellen Inversion eingehend erörtert.

Die Diagnose kann große Schwierigkeiten bieten und zuweilen unmöglich sein. Sie wird sich ergeben:

1) Aus der Verkürzung der Uterushöhle. In obigem Falle fehlte sie wegen der durch das zweite Myom bedingten Vergrößerung des Uterus.

2) Aus der Auswärtsrollung der Cervicalwand (Scanzoni). Dieselbe war vorhanden; man hatte den Eindruck, als ob die Geschwulst sehr viel tiefer sich inserirte, als es in der That war, nämlich anscheinend dicht oberhalb des Muttermundes ev. sogar in der Cervixwand. Das Loch saß aber in der Mitte der Corpuswand.

3) Aus einer Empfindlichkeit des Stieles, auf die von anderer Seite hingewiesen worden; solche fiel in Redners Falle nicht auf.

4) Aus einer Abknickung des Fundus, die nach Klob an der Seite der Inversio in der Richtung derselben erfolgen soll. Die Abknickung wurde bewirkt durch die Verkürzung der betroffenen Uteruswand.

5) Aus der eventuellen Möglichkeit, einen Spalt, z. B. per rectum, nachzuweisen. Diese Möglichkeit besteht aber vielfach nicht wegen etwaiger Verklebungen oder zu großer Enge des Spaltes.

Hinsichtlich der Frage, ob in seinem Falle die Inversion schon vor der Operation bestanden und ob sie zu erkennen war, glaubt Redner das letztere leugnen zu müssen wegen des Umstandes, dass noch ein zweites Myom im Uterus war, das den Uterus vergrößerte und verschiedene obiger Zeichen verhinderte. Andererseits spricht aber der Befund der Insertion der Geschwulst vor der Operation im Gegensatze zum wirklichen Sitze des Loches für das Vorhandensein der Inversion, welche natürlich durch den Zug an der Geschwulst vertieft wurde. Eben so spricht der Umstand dafür, dass das Ovarium mitabecrasirt wurde.

Für die Entstehung der Inversion werden in diesem Falle nur die Kontraktionen verantwortlich gemacht, da eine Schwächung der Uterusmuskulatur auszuschließen war.

Für das ärztliche Handeln ergeben sich folgende Regeln:

Da die partielle Inversion sich leicht der Diagnose entziehen kann, selbst wenn man daran denkt, und da selbst bei vorsichtiger Enukleation eine Eröffnung des Peritoneums sich nicht immer wird vermeiden lassen, so soll man auf alle Eventualitäten vorbereitet sein; nöthige Assistenz und Instrumentarium! Handelt es sich um einen gesunden Uterus, den man zu konserviren die Absicht hat, so kann man auch erst einige Suturen durchlegen, wenn man schließlich doch gezwungen wird, die Enukleation aufzugeben und durch den Schnitt oder Ecraseur abzutragen.

Zum Schluss führt Vortr. die von Oldham, Schultze und Hildebrandt beschriebenen Fälle an.

Diskussion: Herr Jaffé glaubt, dass die Inversion durch das Hinunterziehen des Fibroms während des Anlegens des Ecraseurs wesentlich vergrößert worden ist, und wäre dafür, den Ecraseur zu vermeiden und den Tumor schichtweise abzutragen.

Herr Staude glaubte in diesem Falle, weil der Tumor sehr weit unten abzugehen schien, den Ecraseur anwenden zu können. Ist der Stiel dünn und lässt er vermuthen, dass man nur Tumorgewebe hat, so ist der Ecraseur von Vortheil; bei dicken Stielen ist derselbe nicht verwendbar. Aber auch bei Abtragung mit der Schere haben schon verschiedene Operateure ebenfalls das Peritoneum eröffnet.

Herr Schrader: Die Gefahr wird vermindert, wenn man sich damit begnügt, den Stiel nicht so hoch abzutrennen und zuvor eine elastische Ligatur anzulegen. Die Verkürzung kam ihm wiederholt zur Beobachtung, denn des öfteren zog sich nachher die elastische Ligatur, welche anscheinend in die Cervix zu liegen gekommen, allmählich ganz hoch in das Cavum uteri zurück und verschwand.

Sitzung vom 22. November 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Lomer: Die Beurtheilung des Schmerzes in der Gynäkologie. 1. Theil.

(Über den Vortrag wird nach seinem Schlusse im Zusammenhange referirt werden.)

Sitzung vom 6. December 1898.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Seeligmann.

Herr Ringel (als Gast) legt einen kindskopfgroßen myomatösen Uterus vor, der von Dr. Kümmell im Eppendorfer Krankenhause durch abdominelle Totalexstirpation gewonnen worden war. Dr. Kümmell übt bei Myomotomien auf abdominellem Wege entweder die Totalexstirpation mit präventiver Blutstillung, oder auch noch in geeigneten Fällen die extraperitoneale Stielbehandlung.

Herr **Flockemann** (als Gast) demonstrirt:

1) Ein Präparat von Uteruscarcinom und Carcinom beider Ovarien, die durch Laparotomie im Eppendorfer Krankenhause entfernt worden waren, nachdem die Frau vor einiger Zeit excochleirt und ausgebrannt worden war. Damals konnte die Totalexstirpation per vaginam nicht mehr gemacht werden, da das Carcinom schon zu weit auf die Scheide und die Ligamente übergegangen war. Das Carcinom der Vagina, das bei der abdominalen Totalexstirpation noch zurückgelassen wurde, soll noch späterhin entfernt werden.

2) Ein taubeneigroßes Carcinom der Clitoris, das im Eppendorfer Krankenhause exstirpirt worden ist.

Herr **Lomer** stellt eine Pat. vor, an welcher er die in seinem Vortrage erwähnten anästhetischen und hyperästhetischen Zonen am Rücken der Kranken nachweist.

Fortsetzung des Vortrages des Herrn Lomer: Die Beurtheilung des Schmerzes in der Gynäkologie.

Ektopische Schwangerschaft.

2) **Moericke.** Zur Ätiologie der Tubengravidität.

(Graefe's Sammlung zwangloser Abhandlungen Bd. III. Hft. 4 u. 5.)

Die Arbeit eignet sich nicht zum Referate, ist aber zum Studium als höchst interessant zu empfehlen, stützt sich zudem auf ein kolossal sorgfältig zusammengestelltes Litteraturmaterial. Die Ansichten über die Ätiologie der Tubengravidität weichen gänzlich von den bis jetzt vertretenen ab; Verf. verwirft besonders die Anschauung, dass die Ansiedlung des wandernden Eies durch einfache Behinderung seiner Bewegung in der Tube hervorgerufen werde, dass also speciell die Perimetritis und die Salpingitis gonorrhoica daran Schuld wäre. »Durch Untersuchungen und Experimente sei in unangreifbarer Weise und unumstößlich dargethan, dass eine mechanische Behinderung, wenigstens beim Thierei, niemals im Stande sein dürfte, eine ektopische Einnistung des befruchteten Eies herbeizuführen.« Schon Webster gebührt das Verdienst, als Erster die tubare Einnistung des befruchteten menschlichen Eies auf disteleologische id est atavistische Zustände zurückgeführt zu haben. Auf Grund entwicklungsgeschichtlicher und socialer Studien zum Theile im Auslande kommt Verf. zu demselben Ergebnisse und macht z. B. die schlechten hygienischen Verhältnisse vielmehr für die Entstehung einer Tubengravidität verantwortlich, aber nicht die Gonorrhoe. Darum wird auch diese Erkrankung viel häufiger unter dem Proletariat und in großen Industriedistrikten angetroffen, als auf dem Lande und in dem Hause des reichen Mannes. Sie wird und muss in den kommenden Jahren noch mehr zunehmen, denn die Vererbung wird berufen sein, hierbei eine große Rolle zu spielen. Das Schlusswort lautet: »Das menschliche Ei vermag sich eben nur dann in der Tube einzunisten, wenn demselben eine morphologische oder funktionelle Disteleologie inne wohnt, dann wird sich die Ontogenie und die Phylogenie wiederfinden«.

Witthauer (Halle a/S.).

3) **Abel** (Berlin). Die Diagnose und Therapie der Eileiterschwangerschaft in den ersten Monaten.

(Deutsche Ärztezeitung 1899. No. 15 u. 16.)

A. hebt hervor, dass sich eine Tubenschwangerschaft entwickeln kann, ohne dass die Schwangere selbst durch das geringste Symptom auf den abnormen Sitz aufmerksam wird. Erst wenn plötzlich Collapserscheinungen auftreten, wird ärztliche Hilfe nachgesucht. Häufiger aber ist es der Fall, dass dem Abort bezw. der Ruptur des Fruchtsackes Erscheinungen vorausgehen, welche zusammen mit dem Untersuchungsbefunde die Diagnose sichern. Verf. schildert dieselben in Kürze und bemerkt dabei, dass die Menstruation nicht ausgeblieben zu sein brauche. Bei Beschreibung der Uterus- und Tubenveränderungen wird darauf hingewiesen,

dass die Tube im Gegensatze zu anderen Erkrankungen derselben sich nicht hart, sondern weich, fluktuirend anfühlt. Doch wird sehr mit Recht gewarnt, zu stark zu palpiren, da hierdurch leicht eine Ruptur herbeigeführt wird. In Narkose, in welcher die Schmerzempfindung der Pat. ausgeschaltet ist, ist diese Gefahr natürlich noch größer.

Die Probeauskratzung des Uterus bei Verdacht auf Tubenschwangerschaft bezeichnet A. direkt als Kunstfehler.

Differentialdiagnostisch wichtig ist noch die nicht seltene und verhängnisvolle Verwechslung mit Retroflexio uteri gravidi.

Im Weiteren schildert Verf. Erscheinungen und Befund bei Tubenruptur, ohne hier Neues zu bringen. Seine Ansicht, dass es zur Hämatocelenbildung nur bei Blutung in einen durch Adhäsionen abgegrenzten Raum resp. die Blätter des Lig. lat. komme, wird heute nicht mehr allseitig getheilt.

Bei dem Tubenaborte nimmt A. für die allererste Zeit eine Mitwirkung der Tubenmuskulatur an, da während jener thatsächlich eine Hypertrophie der letzteren stattfindet, welche im weiteren Verlaufe allerdings einer hochgradigen Verdünnung der Tubenwand Platz macht, und zwar schon in der 2. Hälfte des 2. Monates. Die Schmerzen führt er in der Mehrzahl der Fälle auf die Dehnung der Tubenwand oder Adhäsionen zurück.

Bezüglich der Therapie fordert Verf. für die nicht rupturirte Tubenschwangerschaft radikale Operation, und zwar auf abdominalem Wege, ein Gleiches bei Tubenruptur. Den Transport der Pat. in eine Klinik scheut er trotz tiefen Collapses nicht. Bei Hämatocelenbildung sowohl nach Ruptur wie Abort kann abgewartet werden. Nimmt aber der Tumor trotz ruhigen Liegens immer mehr zu oder treten Zeichen innerer Blutung auf oder stellen sich Erscheinungen der Zersetzung und Verjauchung des Sackes ein, so ist operativ einzugreifen, eventuell auch noch dann, wenn eine volle Resorption nicht stattgefunden hat und die Kranke durch die chronische Pelveoperitonitis arbeitsunfähig ist.

Bei vereiterter Hämatocele eröffnet A. von der Scheide aus, drainirt und spült die Höhle täglich mit Kali hypermang. Bei Hämatocele zieht er dagegen den abdominalen Weg vor und sucht, wenn möglich, den Blutsack mitsammt der Tube in toto durch Ausschälung zu entfernen. Sind auch die Anhänge der anderen Seite erkrankt, so werden auch sie exstirpirt, um einer recidivirenden Tubarschwangerschaft vorzubeugen. **Graefe** (Halle a/S.).

4) **Kreisch.** Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Tubargravidität.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 6.)

K. berichtet von 17 im Jahre 1897/98 in der Martin'schen Klinik operirten Tubargraviditäten, über 5 Fälle genauer. Er gelangt zum Schlusse, dass kleinere wohl durch Kolpotomia anterior zu entfernen sind, der Regel nach aber der abdominale Weg vorzuziehen sei. In einem Falle kam es doch noch trotz Hämatocelenbildung, entgegen der Ansicht Fehling's, zu letaler Nachblutung bei konservativer Behandlung. In einem anderen Falle konnte das Ei in toto aus der Tube ausgeschält und dieselbe wieder vernäht werden. Ein dritter war ganz extraperitoneal durch Drainage zur Ausheilung zu bringen. Von den mikroskopischen Befunden ist besonders hervorzuheben, dass K. eine als Reflexa anzusprechende, gesonderte Membran mehrfach nachweisen konnte. Er erklärt die entgegengesetzten Befunde anderer Autoren mit dem höheren Alter der von ihnen untersuchten Schwangerschaften. Ätiologisch glaubt er, dass sehr verschiedene intra- und extratubar gelegene Veränderungen zur Erklärung herangezogen werden müssen. Einen Abschluss der Eihöhle durch direkte Faltenverklebung der Tube hält er für ausgeschlossen. Mehrere Abbildungen, 1 große Tabelle und ein Litteraturverzeichnis sind angefügt. **Roesing** (Hamburg).

5) **Kreutzmann** (St. Francisco). Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Occid. med. times 1899. November 15.)

Unter den 3 hier berichteten Fällen von Extra-uterin-Schwangerschaft, welche mit Glück operativ behandelt wurden, hat der eine ein abweichendes Gepräge.

Der rechte Eileiter ließ sich bis in eine große Masse verfolgen, welche sich als Eierstockscyste auswies. In einigem Abstande von dem Tubenende saß innerhalb der Cyste ein fester Blutklumpen, innerhalb dessen Chorionzotten aufgefunden wurden. Verf. glaubt, dass es sich um Schwangerschaft in einer Tubo-Ovariencyste handle, weiteres Eierstocksgewebe fand sich nicht. Anscheinend hatte eine Verbindung zwischen Tube und Cyste stattgefunden, in deren Höhle sich dann das Eichen entwickelte. Es dürfte wohl auch eine andere Erklärung dieses jedenfalls bemerkenswerthen Befundes möglich sein, nämlich die, dass ein Tubeneisack in eine Cyste hinein barst. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

6) v. Both (Berlin). Rechtsseitige Tubarschwangerschaft. Ruptur im 5. Monate. Entbindung des frei in der Bauchhöhle lebenden Kindes durch Köliotomie im 8. Monate.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 6.)

In dem hochinteressanten Falle war die Ruptur der graviden Tube im 5. Monate sicher gestellt. Die Schwangerschaft ging trotzdem weiter und wurde durch Martin willkürlich beendet. Das Kind wurde lebend entwickelt. Die Placenta ließ sich trotz massenhafter Adhäsionen schließlich stielen und sofort entfernen. Die Rekonvalescenz wurde durch Abscesse an den Stellen von Ätherinjektionen gestört. Nach 34 Tagen wurden Mutter und Kind entlassen.

Von Details sei noch erwähnt, dass eine deutliche Decidua vera in der ganzen Tube nachzuweisen war. Die Placenta war schließlich als eine sog. gestielte zu erkennen. v. B. betont endlich noch, dass die Martin'sche Anschauung, solche Fälle gleich nach Stellung der Diagnose zu operiren, auch von den namhaftesten Autoren getheilt werde. Die Kindersterblichkeit ist auch bei vorgeschrittener Schwangerschaft eine sehr große, die Prognose für die Mutter ist nach den Statistiken von Harris und Werth sehr viel besser geworden.

Roesing (Hamburg).

7) J. Oliver. 4 Fälle von ausgetragener Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Edinb. med. journ. 1898. August.)

1) Gravidität im rechten Lig. lat. Pat., 33jährig, vor 5 Jahren Zwillinge. December 1896 letzte Regel, am 4. Januar 1897 wieder Blutung, eben so wieder Mitte Mai, dann erst wieder blutiger Abgang Oktober und November. Im Januar eine Attacke von Leibschmerzen, Diarrhöe und Dysurie; die Leibschmerzen dauerten fast 6 Monate mehr oder weniger stark an. Im Juli einmal 8 Tage lang wässriger Ausfluss. Diagnose: Extra-uterin-Schwangerschaft, wahrscheinlicher Beginn im November 1896. Ende Januar wahrscheinlich Ruptur der Tube und Austritt des etwa 10wöchigen Ovums in das Lig. latum hinein, rechterseits; ohne äußere Blutung. Den wässrigen Abgang hält Verf. für amniotisch, ermöglicht durch eine Kontinuitätstrennung in der (bei der Operation sehr dünn befundenen) Uteruswand; ihr folgte wohl bald der Tod des Fötus, dessen Größe und leichte Verfärbung diesem Zeitpunkte etwa entsprach, nie falsche Wehen. Die Operation ergab den Sitz des Eisackes im rechten Lig. latum; Placenta sitzt zwischen der Symphyse und dem retroflektirten Uterus, zum Theil auf dessen vorderer Wand; wird zurückgelassen, Sack an die Bauchwand genäht, Heilung.

2) Gravidität im rechten Ovarium. 39jährig, ein Kind vor 11 Jahren. Im 4. Monat der extra-uterinen Gravidität wurde unter Blutung ein Stück Decidua ausgestoßen; dann folgten noch 2mal je einen Tag lang Blutabgänge. 2 Monate nach dem vermuthlichen Absterben des Fötus (am Ende des regulären Termins) erschien die Regel wieder und kehrte regelmäßig 5 Monate wieder bis zur Operation. Pat. wollte nie an Schwangerschaft glauben. Das Ei bildete, als der Leib geöffnet wurde, einen wie scheint nur mäßig mit Omentum und Dünndarm verwachsenen Sack, mit dem Mesenterium als Stiel. Der Sack wurde in toto abgetragen. Ein Riss in der Tube wurde nicht gefunden; Fruchtwasser fehlte auch hier ganz; die Placenta saß 2—3 Zoll vom Stiele — Stelle des Sackes — und mit diesem fast untrennbar verbunden. Fötus völlig ausgetragen und sehr gut erhalten.

3) Schwangerschaft im rechten Lig. latum. Dieselbe verlief durchaus wie eine Normalgravidität. Keine falschen Wehen. 4—6 Wochen post terminum traten die Regeln wieder ein. Der Leib verkleinerte sich aber nicht; es trat leichtes Fieber ein, und etwa $^1/_2$ Jahr später musste operirt werden. Bauchhöhle wird nicht eröffnet; Sack, im rechten Lig. latum, enthält außer dem voll entwickelten und völlig gut erhaltenen Fötus, etwa 6 Nösel Eiter. Die Placenta sitzt auf den Mm. psoas und iliacus und wird der spontanen Ausstoßung aus dem an die Bauchwunde genähten Sacke überlassen. Die 33jährige Frau hatte vorher 5 Geburten und 1 Abort gehabt; nachher war sie noch 2mal schwanger: 1mal Abort im 4. Monate, 1mal normale Geburt am rechtzeitigen Schwangerschaftsende.

4) Schwangerschaft im linken Lig. latum. Pat. ist 37 Jahre, hat bereits 5mal, zuletzt vor 10 Jahren, geboren. Von der 6. bis 11. oder 12. Woche der jetzigen Gravidität bestand Blutabgang. Dann vom 3.—10. Monate völlige Amenorrhoe. Wiedererscheinen der Regel 12 Monate nach der ersten Unregelmäßigkeit; Tod des Fötus, der sich als ausgetragen erwies, also wahrscheinlich etwa 4—6 Wochen vorher. Der Tumor war ebenfalls an Größe nicht zurückgegangen und enthielt außer dem Fötus 3 Nösel schmutzig-eitrig aussehender Flüssigkeit. Der Austritt des Fötus aus der Tube in das Ligament muss so allmählich vor sich gegangen sein, dass kein einziges Symptom dies äußerlich und subjektiv markirt hatte. Behandlung (Bauchhöhle dabei eröffnet) und Heilung wie in No. 1 und 3.

Zeiss (Erfurt).

8) **Smith** (Des Moines, Iowa). **Interstitielle Schwangerschaft.**

(Med. record 1899. September 9.)

Eine etwa 1 Jahr verheirathete Frau hatte bis vor 2 Monaten regelmäßig menstruirt und war nach erheblichen körperlichen Anstrengungen plötzlich unter heftigem Leibschmerz ohnmächtig geworden. Dies wiederholte sich noch mehrmals, wobei die Untersuchung nur Schmerzhaftigkeit und Tympanitis des Leibes nebst Vergrößerung der Gebärmutter ergab. Trotz der verordneten Ruhe dauerten die Ohnmachten und Schmerzen fort und es trat schließlich der Tod ein. In der Bauchhöhle fanden sich bei der Sektion 3 Quart flüssiges Blut, im Cul de sac ein Blutgerinnsel, in der hinteren Gebärmutterwand, etwas rechts von der Mitte, ein großer Riss, die rechte Hälfte der Gebärmutter war etwas stärker entwickelt als die linke und dem entsprechend Eileiter und Eierstock etwas nach oben verschoben, sonst aber normal, ohne Entzündung. Der ganze Gebärmuttergrund zeigte Degeneration, Verdickung und theilweise Erweichung der Wandung. Ein geborstener Eisack mit Chorionzotten war ohne alle Verbindung mit der Uterushöhle, aber überall umgeben von entartetem Gebärmuttergewebe. Dagegen war im Übrigen die Gebärmutterwand völlig fest und entsprechend einer 2monatlichen Schwangerschaft verdickt. In der Uterushöhle hatte sich eine Decidua gebildet und der Cervixkanal enthielt einen Schleimpfropf.

Verf. nimmt an, dass das befruchtete Eichen beim Durchtritt durch den in der Gebärmutterwand verlaufenden Theil der Tube in die schon vorher krankhaft veränderte und erweichte Muskulatur des Fundus, als dem Orte des geringsten Widerstandes, hineingepresst worden sei und sich dort entwickelt habe. Dabei seien die Veränderungen des umgebenden Muskelgewebes weiter fortgeschritten, bis endlich gelegentlich die Berstung erfolgte. Auch die mikroskopische Untersuchung ergab parenchymatöse und fettige Degeneration des Gewebes; in unmittelbarer Umgebung des Risses überwog die fettige Degeneration, welche allmählich der parenchymatösen Platz machte, um endlich in weiterem Abstande in normale Struktur überzugehen. Es scheint also die »parenchymatöse« Entartung der »fettigen« vorausgegangen zu sein.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. **Sonnabend, den 12. Mai.** **1900.**

(Aus der I. Frauenklinik Budapest. — Direktor Prof. Dr. Theodor von Kézmárszky.)

Ruptura uteri completa. Abdominale Totalexstirpation. Heilung.

Von

Dr. **Adalbert v. Walla,** poliklinischer Assistent.

In der Therapie der Uterusruptur fällt die Hauptrolle der Prophylaxis zu, welche eine allgemeine oder specielle ist. Aufgabe der allgemeinen Prophylaxe ist es, alle jenen Faktoren, welche zur Entstehung der Ruptur beitragen, fern zu halten; die der speciellen, die bereits drohende Ruptur zu verhindern. — Erstere besteht in einer richtigen Diätetik der Geburt, besonders in Fällen von Beckenenge, letztere in einer raschen und für die Mutter möglichst schonenden Beendigung der Geburt.

Die Behandlung der bereits entstandenen Ruptur richtet sich danach, ob die Frucht bereits geboren oder nicht, und ob die Ruptur eine komplete oder inkomplete ist.

Ist die Ruptur zu Stande gekommen und die Frucht noch nicht geboren, so ist es unsere erste Aufgabe, dieselbe rasch zu Tage zu fördern. Dies ist auf zwei Arten möglich: durch Laparotomie oder per vias naturales. Ersteres ist nur in dem Falle gerechtfertigt, wenn der Fötus durch die Ruptur in die freie Bauchhöhle gelangte. Befindet sich aber der Fötus zum Theil in der freien Bauchhöhle, zum Theil im Uterus, dann stehen uns zwei Wege zur Verfügung. Erstens durch den Geburtsschlauch in Fällen, in welchen die Entbindung voraussichtlich leicht von statten geht und die Ruptur durch dieselbe nicht vergrößert wird; zweitens durch Laparotomie, wo die Vollendung der Geburt per vias naturales voraussichtlich schwierig ist, oder die Vergrößerung der Ruptur durch dieselbe unvermeidlich erscheint.

Nach der Geburt des Fötus richtet sich unser Vorgehen danach, ob wir es mit einer kompleten oder inkompleten Ruptur zu thun haben. Bei inkompleter Uterusruptur genügt die einfache Drainage per vaginam. In Fällen kompleter Uterusruptur bestreben wir uns den Fall nach den Regeln der Chirurgie zu versehen, indem wir per laparotomiam entweder die Uteruswunde vernähen, den Uterus supravaginal amputiren, oder gar eine abdominale oder vaginale Totalexstirpation desselben ausführen. Gegenüber dieser Behandlung tritt die konservative Methode (Tamponade, Druckverband auf das Abdomen, Eisbeutel) immer mehr in den Hintergrund und es vermindern sich allmählich ihre Anhänger. Wenn dieselbe trotzdem noch ausgeübt wird, geschieht dies hauptsächlich in solchen Fällen, in welchen die äußeren Umstände ein operatives Eingreifen unmöglich machen, oder aber in Fällen (Sepsis, Collaps etc.), in welchen das Operiren erfolglos, ja geradezu nachtheilig wäre. Wie erfolgreich die chirurgische Behandlung ist, hatte ich Gelegenheit, neuerdings in einem Falle kompleter Uterusruptur zu beobachten. Ich halte den Fall um so mehr geeignet zur Mittheilung, da er mir in vieler Beziehung sehr lehrreich erschien.

Am 24. Juli 1899, um 9 Uhr Abends, wurde mittels Bauernwagens aus der Gemeinde Csomád, K. J., Tagelöhnerin, an die I. Universitäts-Frauenklinik eingebracht. Bei derselben vollendete ein Arzt am Vormittage 10 Uhr nach entstandener Uterusruptur die Geburt. 37jährige VIIIpara, hatte die letzte Menstruation im Oktober 1898. Erste Geburt vor 16 Jahren, siebente vor 2 Jahren, diese sieben Geburten, so wie Wochenbetten verliefen normal. Beginn der 8. Geburt am 23. Juli 1899 Abends, Wehen intensiver und stärker als bei den früheren Geburten. Blasensprung am 24. Juli zeitig, des Morgens. Da die Geburt trotzdem sich in die Länge zog, wurde eine Hebamme gerufen. 8 Uhr Morgens konstatirte die Hebamme Querlage, berief desshalb den Arzt aus dem Nachbarorte, allein noch vor Eintreffen desselben sistirten plötzlich die Wehen. Der Arzt vollendet nach seiner Ankunft 10 Uhr Vormittags leicht die Wendung und Extraktion des Fötus, entfernt die in die freie Bauchhöhle ausgetretene Placenta und tamponirt die Scheide mit Jodoformgaze. Nachdem er der Wöchnerin noch 4 Ergotininjektionen verabreichte, veranlasste er ihre Einbringung in die Klinik.

Bei der Aufnahme fanden wir folgenden Status praesens: Wohlgenährte mittelgroße Pat., Temperatur: 38,6° C., Puls: 108, leicht unterdrückbar. Abdomen in seinen

oberen Partien meteoristisch, nicht empfindlich. In der unteren Bauchgegend fühlen wir den etwas nach rechts verlagerten, großen, harten Uterus, welcher in seinen unteren Partien linkerseits druckempfindlich ist. Der aus der Scheide entfernte Tampon ist von Blut durchtränkt. Die Wände der weiten Vagina sind intakt. An der vorderen Cervixwand finden wir eine Risswunde, welche am äußeren Muttermunde beginnt und sagittal nach aufwärts verläuft, und in welche sich die volle Harnblase hineinwölbt. Diese Risswunde biegt von ihrem Beginne in der Höhe von 5 cm nach links um, reicht hier bis an den Kontraktionsring, verläuft weiter tief ins linke Parametrium hinein, gleichseitig die beiden Blätter des Lig. latum von einander abhebend; die touchirende Hand gelangt von vorn her in die freie Bauchhöhle. Während der Untersuchung entleert sich etwas dunkles flüssiges Blut. Der mittels Katheter gewonnene Urin ist etwas blutig.

Es war uns klar, dass wir es mit einer kompleten Uterusruptur zu thun haben, bei welcher der Fötus per vias naturales, die Placenta manuell aus der freien Bauchhöhle von einem Privatarzte, ungefähr 12 Stunden vor Einbringung der Pat. in die Klinik, entfernt wurden. Es handelte sich nun darum, ob wir konservativ oder chirurgisch vorgehen sollen, und im letzteren Falle nach welcher der bereits erwähnten Methoden? In No. 52 des Centralblattes für Gynäkologie von 1899 theilt Doktor aus der I. Universitäts-Frauenklinik zu Budapest einen Fall von Uterusruptur mit, in welchem die Frucht in die freie Bauchhöhle ausgetreten war. Bei der Pat. wurde Laparotomie und supravaginale Amputation gemacht, welche sie glücklich überstand. In diesem Falle stand Behufs Rettung der Frau nach festgestellter Diagnose der Ruptur kein anderes Verfahren zur Verfügung als die Laparotomie. Die Entfernung des in der freien Bauchhöhle befindlichen Fötus durch die Ruptur — per vias naturales — ist nicht möglich, belassen wir aber die Frucht nebst Kuchen, wenn auch nur kurze Zeit, in der Peritonealhöhle, so tritt Dekomposition derselben auf, und die Pat. erliegt der consecutiven Peritonitis universalis. Die Kardinalindikation für die Laparotomie war in diesem Falle durch den Austritt der Frucht in die freie Bauchhöhle gegeben. Es ist selbstredend, dass nach Extraktion der Frucht aus der eröffneten Bauchhöhle die Ruptur der chirurgischen Behandlung unterzogen wurde.

In unserem Falle war die Indikation der Laparotomie nicht so offenkundig. Nachdem in unserem Falle Frucht und Adnexen bereits 12 Stunden vor Einlieferung der Pat. entfernt wurden, fiel diese Indikation, welche im citirten Falle klar zur Laparotomie aufforderte, gänzlich weg. Was indicirte also in unserem Falle den Bauchschnitt? Bekanntermaßen sind es 2 Momente, welche in Fällen von Uterusruptur das Leben der Frau bedrohen: Verblutung und Sepsis. Verblutungsgefahr war hier ausgeschlossen, da jegliche Symptome einer schweren Anämie oder neueren Blutung fehlten, so dass dieses Moment als Ursache für die Laparotomie wegfällt. Allein die vorhandene Temperaturerhöhung bei Ankunft der Pat., so wie der Umstand, dass sie während der Geburt außerhalb der Klinik von einer Hebamme untersucht wurde, dass unter ungünstigen Verhält-

nissen ein Arzt operativ die Geburt beendete, ließen uns dahin folgern, dass eine lokale Infektion — Uterus und nächste Umgebung der Ruptur — bereits vorhanden sei.

Es war zu befürchten, dass wenn wir konservativ vorgehen, die Infektion um sich greift und für die Pat. verhängnisvoll werden kann. Entfernen wir aber den primären Infektionsherd und schließen wir die Peritonealhöhle sorgfältig ab, so kann es uns allenfalls gelingen, eine Allgemeininfektion zu verhüten. Dies in Betracht nehmend, so auch die Thatsache, dass sämmtliche in unserer Klinik konservativ behandelte Fälle von Ruptura uteri completa letal verliefen, während der Fall Doktor's günstig verlief, entschlossen wir uns zur Laparotomie um so leichter, da einerseits die Pat. genügend stark schien, um den Eingriff zu überstehen, andererseits Symptome einer Allgemeininfektion fehlten und wir so hoffen konnten, die Pat. durch die Operation zu retten. Die Prognose war jedoch in unserem Falle desshalb nicht so günstig zu stellen, wie im Falle Doktor's, da der Arzt die Placenta manuell aus der freien Bauchhöhle entfernte.

Die Operation kontemplirten wir folgendermaßen: Totalexstirpation des Uterus, extraperitoneale Versorgung der Gewebsstümpfe, resp. Abschluss der Peritonealhöhle nach abwärts, Drainage der parametranen Risswunde gegen die Scheide, Toilette der Bauchhöhle. Unser Bestreben war, durch die Totalexstirpation das inficirte Organ zu entfernen, durch die extraperitoneale Stumpfversorgung und Drainage die Infektion zu lokalisiren, und durch Toilette der Bauchhöhle die etwa bereits vorhandenen Infektionsstoffe nach Möglichkeit zu vermindern.

Der Verlauf der Operation war folgender.

Chloroformnarkose. Bauchschnitt in der Linea alba. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich theils flüssiges, theils geronnenes Blut. Peritoneum überall glänzend, Blutgefäße nicht injicirt. Im unteren Abschnitte des Uterus finden wir die bereits oben erwähnte Risswunde, welche linkerseits übergehend auf das Peritoneum, entlang dem Hüftbeinteller bis an die Crista ossis ilei reicht. Uteruswunde blutet nicht. Partienweise Ligatur der Ligamenta lata. Isolirung der Blase vom Uterus, Ligatur und Durchschneiden der Aa. uter., hernach ausgehend vom Rande der Ruptur successive Unterbindung und Durchschneidung der Scheidenwand unterhalb des äußeren Muttermundes. Nach Entfernung des Uterus Jodoformgazedrainage der parametranen Risswunde, in welcher minimale parenchymatöse Blutung besteht. Abschluss der Peritonealhöhle nach abwärts, so dass das ganze Operationsgebiet sich extraperitoneal befindet. Da der Puls während der Operation schlecht wird, gießen wir nach Toilette der Bauchhöhle 500 g Normal-Kochsalzlösung in dieselbe. Schluss der Bauchwunde mittels Silkworm-Knopfnähten.

Innerhalb der ersten 16 Tage Temperaturerhöhungen von 37,2—39,9.

Trotz des Fiebers ist der Allgemeinzustand der Pat. vom Anfang an ein befriedigender. Keine Symptome einer allgemeinen Peritonitis. Am 2. Tage nach Verabreichung eines Einlaufes Flatusabgang. Entfernung der Drainage am 3. Tage. Tampon blutgetränkt, geruchlos. Vom 4. Tage übelriechender Ausfluss, wogegen Scheidenspülungen mit Wasser verordnet wurden, späterhin, als der Ausfluss intensiveren Geruch annahm, solche mit Kal. hypermanganatlösung. Am 6. Tage ist in der linken Unterbauchgegend eine kaum empfindliche Resistenz zu finden, welche

aufwärts bis an die Spina anterior superior reicht. Entfernung der Nähte aus der p. p. geheilten Laparotomiewunde am 10. Tage. Am 14. Tage geht per vaginam ein Ligaturenpacket ab, gleichzeitig entleert sich ca. 100 ccm dickflüssiger übelriechender Eiter. Bei während der Untersuchung auf die linksseitige Resistenz geübten Drucke entleert sich reichlich aus der Scheide Eiter und ein ungefähr faustgroßes, zerfallendes, übelriechendes Blutcoagulum. Hierbei verkleinert sich die Resistenz. Im Scheidengewölbe fühlen wir eine wagerecht hinziehende Furche, welche beiderseits trichterförmig verlaufend, rechterseits blind endigt, linkerseits durch eine für einen Finger passirbare Öffnung in das Innere der von außen fühlbaren Resistenz führt. Bei Ausspülung dieser Höhle fördert das Spülwasser viel Eiter und Detritus zu Tage. Von nun an afebriler Verlauf. Durch regelmäßige Spülungen verliert der Ausfluss seinen Geruch, auch die Höhle schrumpft sehr rasch, so dass Pat. nach 2 Wochen, also 1 Monat post operationem geheilt entlassen wurde.

Unsere Annahme, dass bereits Infektion bei Aufnahme der Pat. bestanden hat, wurde durch das hohe Fieber in den ersten 15 Tagen, so auch durch den bereits geschilderten Verlauf vollständig gerechtfertigt. Die Dekomposition des subperitonealen Hämatoms mit Abscedirung ist offenkundig die Folge einer bereits vorher bestandenen Infektion des arg zerstörten parametranen Bindegewebes. Auch zeigte der Verlauf die Richtigkeit unseres Vorgehens — Totalexstirpation, extraperitoneale Stumpfversorgung und Drainage nach abwärts — anlässlich der Operation. Ist es nun durch den weiteren Verlauf erwiesen, dass eine Infektion der parametranen Wunde bestanden, so ist es um so eher anzunehmen, dass auch der Uterus, in dessen Höhle manipulirt wurde, ebenfalls bereits inficirt war, so dass wir nach den heutigen Anschauungen handelnd, durch die Entfernung desselben der Endometritis und deren schweren Folgen vorbeugten. Wir entschlossen uns um so leichter zur Totalexstirpation, da die Rupturwunde stark lacerirt war und Pat., VIIIpara, bereits mehrere lebende Kinder hat. Durch die extraperitoneale Behandlung der Stümpfe gelang es uns, dem Weitergreifen der Infektion gegen die Peritonealhöhle einen Damm zu setzen und das Entstehen einer allgemeinen Peritonitis zu verhindern. Zweifelsohne spielte auch die Widerstandsfähigkeit des gesunden Bauchfelles, gegenüber den in demselben etwa dennoch vorhanden gewesenen und durch die Toilette verminderten Infektionsstoffen bei Verhinderung der Peritonitis eine nicht in Abrede stellbare Rolle. Die Drainage gegen die Scheide, welche den Sekreten so freien Abfluss bot, verhinderte eine Stauung, resp. einen Durchbruch derselben in die freie Bauchhöhle.

Als Hauptmoment der Operation möchten wir den prompten Abschluss der Bauchhöhle nach abwärts und gründliche Toilette derselben betrachten, welche in Fällen, in denen Infektion ausgeschlossen ist, kombinirt mit einer regelrechten Naht der Rupturwunde, ausreichen. Der Ausschluss einer Infektion ist jedoch nicht so einfach und wäre mit größter Wahrscheinlichkeit nur in solchen Fällen anzunehmen, wo die ganze Geburt unter strengsten Kautelen der Anti- und Asepsis verlief, d. h. in jenen seltenen Fällen, in denen die

Ruptur in einem Institute entstanden ist. Es ist jedoch eine allbekannte Thatsache, dass Ruptura uteri hauptsächlich in der Außenpraxis bei armen Gebärenden vorkommt, welche unter ungünstigen Verhältissen, unter Beihilfe einer unwissenden und nicht rein arbeitenden Hebamme zu entbinden gezwungen sind; dies sind diejenigen Fälle, bei denen die Infektion trotz Mangels jeglicher Symptome nicht auszuschließen ist. Wir sehen des öftern Fälle, in denen die Rupturwunde — per laparotomiam — lege artis vernäht wurde, ungünstig verlaufen, weil hier die bereits vorhandene Infektion, vom Uterus ausgehend, weiter um sich greift.

Sind also bereits Symptome der lokalen Infektion vorhanden, oder besteht auch nur ein Verdacht auf selbe, so begnügen wir uns nicht mit der konservativen Behandlung, oder mit Laparotomie und Naht der Ruptur, sondern wenn es nur irgendwie zulässig ist, soll Totalexstirpation, extraperitoneale Stumpfversorgung, Drainage gegen die Scheide und Toilette der Bauchhöhle ausgeführt werden. Nach meinem Dafürhalten ist die abdominale Totalexstirpation der supravaginalen Amputation desshalb vorzuziehen, weil wir durch selbe die gesammten zerstörten Uteruspartien entfernen, während dies bei supravaginaler Amputation nicht der Fall ist, ein Moment, welches bei bestandener lokaler Infektion zu Gunsten der ersteren Methode in die Wagschale fällt. Trotz Mangels eigener Erfahrungen über wegen Ruptura uteri vollführten vaginalen Totalexstirpationen, würde ich die abdominale Totalexstirpation vorziehen. Bei letzterer können wir die ganze Zerstörung übersehen, bei ersterer ist es oft unmöglich, das Ende der hoch hinaufreichenden Risswunde des Peritoneums zu erreichen, ja oft kann selbes ganz übersehen werden, und auf diese Weise entzieht sich ein Theil der Wunde unserer Behandlung. Eben in unserem Falle, wo die Wunde des Bauchfelles linkerseits bis an die Crista ossis ilei reichte, wäre eine Vereinigung derselben von der Vagina her nicht leicht gelungen. Ich halte die vaginale Totalexstirpation in denjenigen Fällen am Platze, in denen der Allgemeinzustand der Pat. einen längere Zeit dauernden Eingriff nicht duldet. Es ist selbstredend, dass wir uns in solchen Fällen an Stelle der Ligaturen der Klemmen bedienen würden. Jedoch wäre in solchen Fällen auch die Porro'sche Operation ausführbar, welche die Vortheile beider Methoden in sich vereinigt.

Schließlich will ich noch als Argument für die chirurgische Behandlungsart der kompleten Uterusruptur sämmtliche, an der I. Universitäts-Frauenklinik zu Budapest beobachteten Fälle von Uterusruptur in nuce erwähnen.

Ingesammt verfügen wir über 28 Fälle, davon sind 17 inkomplete, 11 komplete Rupturen. Von den 17 konservativ behandelten inkompleten Rupturen heilten 7, während 10 starben; von 11 kompleten Rupturen wurden 6 konservativ behandelt, welche sämmtlich starben. Die übrigen 5 Fälle wurden einer chirurgischen Behandlung zugeführt und sind in Kürze folgende:

1) Frau A. D., 27jährige Vpara Blasensprung vor 2 Tagen, seit 24 Stunden keine Wehen, Forcepsversuch außerhalb der Klinik. I. Hinterhauptslage, enges Becken, Conj. diag. 10,6 cm. Status praesens bei der Aufnahme: Puls 144—148, Temp. 37,7°, Pat. in Collaps. Uterus schlaff, Kopf oberhalb des Beckeneinganges, beweglich, geringe Blutung. Beendigung der Geburt nach Perforation mittels Kranioklast und Evisceratio foetus in der Supraclavicular-Gegend. Ruptura uteri completa. Porro-Operation. Exitus 24 Stunden post operationem.

2) Frau F. L., 31jährige IIIpara, deren frühere Geburten normal verliefen. Fragliches enges Becken. II. Hinterhauptslage. — 5 Stunden nach Abgang des Fruchtwassers tritt Blutung auf, Puls 120, Intensität der Wehen lässt nach, Kopf seitlich ausgewichen. Schwere Extraktion mit Kranioklast nach vorausgegangener Perforation. Ruptura uteri completa. Supravaginale Amputation des Uterus, extraperitoneale Stumpfversorgung mit Ausnahme des linken Lig. latum. Exitus 12 Stunden post operationem. Bei der Sektion zeigt sich, dass die Ligatur der en masse unterbundenen linken Art. spermatica nachgegeben und die Todesursache Verblutung aus der Art. spermatica war. Infektion war nicht zu konstatiren.

3) Frau J. G., 34jährige Vpara. Plattes Becken mit einer Conj. diag. von 10,8 cm. 5 Stunden nach dem Blasensprunge wurde die Frau — außerhalb der Klinik — nach vorhergegangener Wendung der Frucht aus Hinterhauptslage in Fußlage mittels Extraktion entbunden. Ruptura uteri completa. Bei Aufnahme der Pat. Puls 112, geringe Blutung. 4 Stunden später Laparotomie, Blutung aus der Rupturwunde, Naht der Ruptur. Tod unmittelbar nach der Operation in Folge des hochgradigen Blutverlustes.

4) A. K., IIIpara. Enges Becken, Conj. diag. 9 cm. Frühere Geburten spontan. Zeitiger Blasensprung. Außerhalb der Klinik Zangenversuch. Nachher Sistiren der Wehen, Üblichkeiten. Ruptura uteri completa, Austritt der Frucht in die freie Bauchhöhle. Temp. 36,8, Puls klein, nicht zählbar. Köliotomie, supravaginale Amputation, extra- (retro-) peritoneale Stumpfversorgung. Heilung.

5) Der hier mitgetheilte Fall, in welchem Pat. nach vollendeter Totalexstirpation mit extraperitonealer Stumpfversorgung geheilt entlassen wurde.

Es sind also von 5 operativ behandelten Fällen 2 genesen und 3 gestorben. Als Todesursache galt in Fall 1 Sepsis, Fall 3 der hochgradige Blutverlust. Im 2. Falle, wo Pat. in Folge der Lockerung der Ligatur der Art. spermat. sin. verblutete, können wir annehmen, dass Pat., wenn dieser Unfall sich nicht ereignet hätte, gerettet worden wäre, da bei der Autopsie Infektion nicht nachweisbar war. Es ergiebt sich aus dem Gesagten, dass von 6 konservativ behandelten Fällen kompleter Ruptur sämmtliche letal endeten, während von 5 operativ behandelten 2 am Leben erhalten wurden. Ich glaube daher, dass wir in Fällen von kompleter Uterusruptur stets operativ vorgehen sollen, wenn es die Umstände und der Allgemeinzustand der Pat. nur irgend wie gestatten.

Ich kann es nicht versäumen, meinem hochgeehrten Chef, Herrn Prof. v. Kézmárszky, für die gütige Überlassung sowohl der Operation als auch der Mittheilung der Fälle, meinen tiefempfundenen verbindlichen Dank auszusprechen.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1, Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Oktober 1899.

Präsident: Treub; Schriftführerin: van Tussenbroek.

Auf Vorschlag von Treub sollen vom 1. Januar 1900 ab die Sitzungsberichte möglichst ausführlich nach jeder Sitzung sofort gedruckt werden.

Stratz: Kolpotomia lateralis.

In 2 Fällen, einer Pyosalpinx und einem Myom, hat S. durch laterale Incision der Scheide das Parametrium eröffnet und von hier aus extraperitoneal die Tumoren entfernt. In beiden Fällen war die Blutung minimal, der Verlauf glatt.

Hauptsächlich für infektiöse Tumoren der Scheide scheint ihm dieser Weg weniger gefährlich.

Kouwer meint, dass bei einer Pyosalpinx, die doch hinter dem Parametrium liegt, die Kolpotomia posterior der kürzeste Weg ist, der außerdem Infektion des weitmaschigen parametranen Gewebes verhütet.

Stratz findet die Gefahr einer eventuellen Parametritis, die in seinem Falle ausblieb, geringer, als die einer Peritonitis bei Eröffnung vom Douglas aus. Die Chancen bei Vorgehen vom Parametrium sind günstiger, da in allen Fällen, bei denen die Pyosalpinx verwachsen ist, die Eröffnung der Peritonealhöhle sicher vermieden wird, während bei der Kolpotomia posterior in diesen so wie in allen Fällen ausnahmslos die Peritonealhöhle eröffnet werden muss.

Treub: Konservative Behandlung von Pyosalpinx.

Statt Laparotomie und vaginaler Totalexstirpation hat Treub in letzter Zeit in den seltenen Fällen, wo Operation indicirt war, die Kolpotomia posterior verrichtet. Nach Eröffnung des Douglas werden mit dem Finger die Eitersäcke geöffnet, mit Borwasser ausgespült und drainirt. Der erste Tampon bleibt 6 Tage liegen, die folgenden werden alle 2—3 Tage erneuert.

In dieser Weise sind 10—12 Pat. mit vorläufig sehr gutem Resultate operirt.

3 Punkte müssen noch entschieden werden:

1) ob die Operation stets gefahrlos ist;

2) ob keine eiternden Fisteln übrig bleiben;

3) ob die Funktion der Genitalien darunter nicht leidet.

T. wünscht darum seine Mittheilung als eine sehr vorläufige anzusehen.

In geeigneten Fällen will er in Zukunft auch den heute von Stratz vorgeschlagenen Modus operandi anwenden.

Sitzung vom 12. November 1899.

Nijhoff: Geburt bei engem Becken. (Ausführlich veröffentlicht in Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaekologie Bd. XI. 1900. p. 47 ff.)

Diskussion: Treub fragt, warum Nijhoff die Wendung bei völligem Verstreichen des Muttermundes bei hochstehendem Kopfe nach dem Blasensprunge nicht prophylaktische Wendung nennen will.

Nijhoff will einen strengen Unterschied machen. Bei stehender Blase weiß man nichts, darum prophylaktische Wendung; nach dem Blasensprunge aber giebt es direkte Indikationen zur Wendung, wie schlechte Einstellung des Kopfes, Atonie etc., das ist keine prophylaktische Wendung mehr.

Treub meint, dass Nijhoff sich nicht an die Sache hält; es handelt sich nicht um den Begriff der prophylaktischen Wendung, sondern um die Indikationen zur prophylaktischen Wendung.

Nijhoff möchte in diesem Sinne dann prophylaktische Wendung a. und prophylaktische Wendung b. unterscheiden. Wendung bei Placenta praevia oder Nabelschnurvorfall ist dann auch prophylaktische Wendung.

Treub ist nicht seiner Ansicht. In den beiden angeführten Beispielen handelt es sich um dringende Indikation, das ist keine Prophylaxe mehr.

Nijhoff: Bei engem Becken kann man principiell wenden a. wenn der Kopf hoch steht, vor dem Blasensprunge, b. wenn die Blase gesprungen ist. Im letzteren Falle geschieht dies seltener, und das findet N.'s Beifall.

Stratz als Schüler Schröder's hält die Zeit vor oder nach dem Blasensprunge von untergeordneter Bedeutung; die Hauptindikation ist, ob der Kopf ins Becken gedrückt werden kann oder nicht; im letzteren Falle ist jeder Zeit die Indikation vorhanden. Ist die Blase (in poliklinischen Fällen) bereits gesprungen, so wird dadurch allerdings die Gefahr für das Kind größer und die Ausführbarkeit der prophylaktischen Wendung technisch schwerer.

Kouwer demonstrirt:

1) Einen durch Laparotomie entfernten Uterus, mit 2 gestielten subserösen Myomen, die den Eindruck von doppelseitigen Ovarialtumoren machten.

2) Ein analoges Präparat, wobei jedoch die beiden seitlichen Tumoren wirklich Adnextumoren waren.

3) Sektionspräparat: Uterus einer Eklamptischen.

44jährige XIpara, seit 10 Tagen Kopfschmerzen, nach dem 4. Anfalle mit Cheyne-Stokes in die Klinik gebracht: im 6. Monate der Gravidität neuer Anfall. Keine Herztöne. Orif. int. geschlossen. Puls klein und frequent. Pat. moribund.

Als letztes Mittel wurde Hysterotomia vaginalis anterior gemacht, das perforirte Kind extrahirt, Placenta manuell entfernt. Operation außerordentlich leicht und mit geringem Blutverluste. 18 Stunden später Exitus im Koma.

Sektion: Herz hypertrophisch, Hämorrhagien in der Leber; Nieren: trübe Schwellung. Lungen ödematös, mit Embolien von Lebersubstanz. Am Uterus ist ein deutliches unteres Uterinsegment zu erkennen.

Treub fragt, ob im letzten Falle Wehen bemerkt wurden.

Kouwer: Ja, aber sehr schwache.

Selhorst würde im letzteren Falle das Accouchement forcé mit dem Ballon von Champetier de Ribes vorgezogen haben.

Kouwer hält das für einen viel gefährlicheren und auch zeitraubenderen Eingriff.

Selhorst demonstrirt:

1) Fibromyom der Vagina von einem 19jährigen, nicht menstruirten Mädchen, durch Enukleation entfernt.

2) Doppelseitiger Ovarialtumor, bei einer Gravida mens. V. von 23 Jahren entfernt; der rechtsseitige Ovarialtumor zeigte Stieldrehung. Die Schwangerschaft blieb bestehen.

3) Myomatöser Uterus, bei einem 20jährigen Mädchen wegen Blutungen vaginal exstirpirt.

Treub hätte im letzteren Falle mit Rücksicht auf das jugendliche Alter der Pat. die Enukleation des Myoms der Totalexstirpation vorgezogen.

Selhorst wollte wegen Chlorose keine Laparotomie wagen.

Becking demonstrirt im Anschlusse an das 1. Präparat von Selhorst ein von ihm operirtes Vaginalmyom von einer Pat., bei der er früher bereits ein Myom und ein großes Ovarialkystom per laparotomiam entfernt hatte.

Barnouw fragt, ob auch bei dieser Pat. Amenorrhoe bestand.

Becking: Im Gegentheil, gerade die starke Blutung gab die Indikation ab.

Sitzung vom 10. December 1899.

Kouwer demonstrirt einen Diprosopus, und schließt daran eine kurze, übersichtliche Auseinandersetzung der verschiedenen Theorien über Doppelmonstra: die alte Theorie der angeborenen Missbildung, die Theorie der Verwachsung und die der Spaltung.

An der lebhaften Diskussion betheiligen sich der als Gast anwesende Prof. Bolk (Anatom), Treub, Nijhoff und Stratz.

Mendes de Leon: Elephantiasis vulvae mit Photographien und anatomischen Präparaten. Bei der Operation war wegen des außerordentlich brüchigen Gewebes eine Recto-Vaginalfistel entstanden.

Driessen fragt, ob die Anamnese auch Lues ergab.

Mendes de Leon glaubt dies verneinen zu können. Die 27jährige Pat. hat 9 Kinder gehabt, von denen 6 leben und gesund und kräftig sind.

Treub zeigt Photographien eines früher von ihm beobachteten Falles. In dem Falle bestand Syphilis.

Prof. Bolk: Veränderungen in der Cervix des Semnopitheeus maurus während der Schwangerschaft.

Der Uterus von Semnopitheous hat in nicht schwangerem Zustande keine Portio; diese entwickelt sich zunächst, darauf eine erst über der hinteren Lippe beginnende Wucherung der Cervixschleimhaut, die ein Ostium intermedium zwischen äußerem und innerem Muttermunde bildet. Darauf entsteht eine zweite, über die erste sich hinwölbende Portio occludens. Nach der Schwangerschaft verschwinden diese Gebilde wieder. Der spannende Vortrag wird durch zahlreiche schematische Zeichnungen erläutert.

An der Diskussion betheiligen sich Mendes de Leon, Holleman, Treub, Nijhoff, Stratz, Barnouw.

C. van Tussenbroek: Histologische Differentialdiagnose zwischen angeborener und erworbener Hymenalatresie.

Der äußerst sorgfältig ausgearbeitete, durch vortreffliche Präparate erläuterte Vortrag lässt sich schwer im Rahmen des Referates wiedergeben. In der Hauptsache beweist Frl. van Tussenbroek, dass, während das normale Hymen aus Vulvarepithel, Bindegewebe und Vaginalepithel besteht, in einem von ihr beobachteten Falle von sog. Hymenalatresie in der Zwischenwand auch Muskelbündel und Blutgefäße, dagegen keinerlei Zeichen einer geheilten Entzündung zu finden waren.

Im Gegensatze zu Nagel, der alle Atresien bei Fehlen anderer Bildungsanomalien der Genitalien auf Entzündung zurückbringen will, nimmt sie an, dass hier überhaupt kein Hymen bestand, und dass die Scheidewand besteht aus dem unteren Ende der atretischen Müller'schen Gänge mit der sie umgebenden sekundären Muskelschicht und dem Boden des nicht perforirten Sinus urogenitalis, hier Vulva geworden.

In ihrem Falle boten die äußeren Genitalien des 24jährigen Mädchens völlig normalen Aspekt; auch die inneren waren normal.

Prof. Bolk schließt sich dieser Auffassung völlig an.

Stratz ebenfalls, zugleich erinnernd, dass Reichel schon lange in gleichem Sinne sich geäußert hat.

Treub begrüßt den Vortrag mit großer Genugthuung, weil dadurch bewiesen ist, dass die Nagel'sche Theorie, die sich mit der klinischen Beobachtung in vielen Fällen nicht vereinigen lässt, nun auch in der That nicht auf alle Fälle passt.

Stratz theilt einige Beobachtungen über Genitaltuberkulose (24 Fälle) mit, die in extenso in der Tijdschrift voor Gynaecologie en Verloskunde veröffentlicht werden sollen.

Er hält die meisten Fälle von Uterustuberkulose für sekundär; beinahe immer ist als primärer Sitz die Tube nachzuweisen.

Treub hebt hervor, dass doch zweifellose Fälle von primärer Uterustuberkulose beobachtet worden sind.

Sitzung vom 14. Januar 1900.

Präsident: Prof. Treub; Schriftführerin: Frl. C. van Tussenbroek.

Treub: Vier Fälle von Sectio caesarea. (Ausführlich veröffentlicht in der Ärztlichen Rundschau 1890. No. 12.)

Vermey bemerkt bezüglich des letzten Falles, wobei starke Narbenstrikturen nach Kolporrhaphie und die vorhergegangene Ventrofixatio uteri die Indikation zur Sectio caesarea abgaben, dass er mit Rücksicht auf eventuelle Geburtsstörungen der Richelot'schen Methode der Ventrofixation (Einnähen der Ligamenta rotunda in die Bauchwunde) den Vorzug gebe.

Stratz lässt die Indikation der drohenden Ruptur des unteren Uterinsegmentes für die Fälle 2 und 3 gelten, jedoch muss dabei hervorgehoben werden, dass bei von Anfang an klinisch beobachteten Fällen diese Indikation nicht gelten darf, da alsdann vorher die prophylaktische Wendung in ihr Recht tritt.

Bezüglich der Darmatonie nach Laparotomien hat S. vor Kurzem in einem verzweifelten Falle die energische, bei Iterson übliche Methode, alle 2 Stunden einen Esslöffel Ol. ricini, mit gutem Erfolge angewendet, nachdem alle anderen Mittel im Stiche gelassen hatten und bereits (am 6. Tage p. op.) alles vorbereitet war, um einen Anus praeternaturalis anzulegen.

Kouwer findet die Indikation: drohende Uterusruptur im 2. und 3. Falle nicht genügend. Ist kein Versuch zur Wendung vorausgeschickt? In Narkose sind viele der drohenden Fälle meist nicht so gefährlich, als es scheint.

Selhorst hat vor 14 Tagen auch eine Sectio caesarea, ohne Indikation vom Becken aus, gemacht. Wendung und Perforation missglückten, darauf Sectio caesarea; Uterus von Sanduhrform, der Kopf des Kindes musste mit einem Ruck aus dem Kontraktionsringe herausgeschnellt werden. Glatter Verlauf.

Treub hat im 2. Falle keinen Versuch zur Wendung gemacht, um die Chancen für die Sectio caesarea dadurch nicht zu verschlechtern. Er stimmt Kouwer zu, dass dies nur klinisch erlaubt ist; in der allgemeinen Praxis könnte man so nicht handeln. Stratz antwortet er, dass der 2. Fall von Anfang an klinisch beobachtet war, aber wann hätte die Wendung gemacht werden sollen? Mit Vermey ist T. der Meinung, dass die Richelot'sche Methode gut ist, wenn es gelingt eine kräftige Brücke zu bilden.

Kouwer replicirt, dass er die individuelle Indikation in Treub's Fällen völlig anerkennt, dass er jedoch die drohende Uterusruptur als allgemeine Indikation nicht gern sehen möchte; wird sie das, dann werden jüngere gynäkologische Generationen ad infinitum Kaiserschnitte machen.

Stratz meint auf die Frage Treub's antworten zu müssen, dass in Fall 2 die prophylaktische Wendung direkt nach dem Blasensprunge indicirt war. Er schließt sich Kouwer an bezüglich des Individualisirens derartiger Indikationen auf den erfahrenen klinischen Operateur; quod licet Jovi, non licet etc.

Treub giebt Kouwer und Stratz zu, dass aus seinen Fällen keine allgemein gültigen Indikationen abgeleitet werden dürfen.

Selhorst demonstrirt eine Kombinationsgeschwulst des Ovariums, seröse Cyste und Dermoid.

Sitzung vom 11. Februar 1900.

Mendes de Leon wird einstimmig zum Delegirten für den Kongress in Paris gewählt.

Stratz demonstrirt ein Ovarium, bei einem 18jährigen Mädchen durch Laparotomie 2 Tage nach der Menstruation entfernt. Im anderen Ovarium war kein Corpus luteum, in diesem ein nicht gesprungener Follikel mit Bluterguss in die Höhle.

Stratz: Über Vaginofixatio uteri.

S. verwirft die Vaginofixation unbedingt innerhalb des Geschlechtslebens der Frau. Er hat sich in Berlin persönlich davon überzeugen können, dass bei 2, in der Litteratur als geheilt beschriebenen Fällen von Vaginofixirten, das Leiden überhaupt erst nach der Operation begann.

In 3 Fällen hat S. im Klimakterium operirt, hauptsächlich wegen Retroflexio und Cystocele; in allen 3 Fällen guter Erfolg. Das Vesicometrium wurde mit medianem Schnitte eröffnet, der Uterus mit Kletterzangen heruntergeholt und mit 3—5 starken Seidenfäden in die Vaginalwunde eingenäht. Dauer 5 Minuten, im

letzten Falle, bei myomatös degenerirtem Uterus und zahlreichen Adhäsionen, 15 Minuten.

Kouwer findet die Vaginofixation im Klimax erlaubt und fragt, ob im 2. Falle der Prolaps dadurch gebessert wurde.

Stratz: Es handelte sich allein um Cystocele; der Uterus wirkt wie ein Prochownick'sches Kugelpessarium.

Treub glaubt, dass die Vaginofixation doch nicht die Prolapsoperationen verdrängen kann und fragt, warum im letzten Falle, bei dem myomatösen Uterus, nicht Totalexstirpation gemacht wurde.

Stratz: Vaginofixation ist nur in solchen Fällen indicirt, wo ausschließlich Cystocele besteht, im letzten Falle gab das Myom als solches keine Indikation zur Operation.

Vermey demonstrirt den Untersuchungsstuhl von Richelot, der seiner Einfachheit wegen empfohlen werden kann.

Meurer: Ein Fall von Ruptura uteri.

Pat. seit 5 Stunden ohne Wehen mit heftigen Schmerzen und tiefstehendem Kopfe, von einer notorisch schmutzigen Hebamme behandelt. Diagnose: Ruptura uteri; Hydrocephalus, in die Bauchhöhle ausgetreten. Mit Rücksicht auf die Antecedenzen der Hebamme wird zur Laparotomie geschritten, um eventuelle Sepsis nicht durch vaginale Manipulationen nach oben zu bringen; außerdem aber auch der besseren Übersicht halber. Laparotomie. Hydrocephalus mit Encephalocele und Placenta aus der Bauchhöhle entfernt; Riss durch das linke Parametrium bis zum Beckenrande; außerdem Riss vor dem Uterus und großes Blutcoagulum zwischen Uterus und Blase. Porro. Verlauf scheinbar gut, Temperatur nicht über 38, erst am 10. Tage 38,2, jedoch frequenter Puls von 100 bis 120; Euphorie, Meteorismus trotz Stuhlgang, am 10. Tage Exitus; keine Sektion.

Darmparalyse, Sepsis, Chloroformintoxikation, oder alles zusammen?

Treub theilt im Anschlusse an Meurer's Fall das Folgende mit:

Am 28. Januar wurde eine 38jährige XIIIpara schwer krank in die Klinik gebracht. Stets normal geboren, zuletzt 2 Aborte, seit 7 Monaten schwanger, vor 4 Wochen auf der Straße gefallen, darauf kein Leben mehr gefühlt, vor 2 Tagen fühlte sie, ebenfalls auf der Straße, eine Verschiebung im Unterleibe, blutet seitdem, erbricht und fühlt sich sehr schlecht. — Von der Anamnese glaubte ich nichts. Temperatur 38,9, ziemliche Blutung. Großer Tumor links, kleinerer, längerer rechts. Portio rechts nach oben verschoben durch einen intraligamentären linksseitigen Tumor. Im Ostium, das weit geöffnet war, hingen Blutcoagula.

Laparotomie. Neben dem Uterus im linken Parametrium ein in Blutcoagula völlig eingebetteter Fötus, der durch das zerrissene Parametrium extrahirt wird. Die Placenta sitzt noch im Uterus. Supravaginale Amputation. Stumpf und tamponirte Parametralhöhle im unteren Wundwinkel fixirt (am 17. Februar wurde der eiternde Stumpf vaginal entfernt, Pat. ist fieberfrei).

Beim Fötus zeigte sich auf dem Hinterkopfe eine Narbe, an der die Haut mit dem Schädel fest verwachsen war; ohne Zweifel das Residuum eines Abortversuches vor 4 Wochen (Fall auf der Straße); die Verschiebung, 2 Tage vor der Operation, ohne dass vorher Wehen waren, ist eine künstliche Uterusruptur, verursacht durch einen zweiten Abortversuch.

Der Mann, der zuverlässig schien, wusste von nichts. T. hofft bezüglich der Anamnese noch mehr Gewissheit zu erlangen.

Mendez de Leon hat den Fall von Meurer vorher und nachher gesehen. Es fiel ihm auf, dass trotz der Uterusruptur der Kopf erst im Becken blieb und erst später zurückging. In den meisten Lehrbüchern wird gerade das Zurückweichen der vorliegenden Theile als Charakteristicum angegeben.

Treub lehrt seit Jahren, dass der vorliegende Theil, wenn er zur Zeit der Ruptur bereits im Becken steht, sich nicht mehr zurückzieht. Das kommt viel häufiger vor als man denkt.

Stratz bestätigt dies; er hat in einem solchen Falle in Berlin den Kopf mit Forceps extrahirt.

Was den weiteren Verlauf des Meurer'schen Falles betrifft, so hat S. zwei analoge Fälle nach Laparotomien in Indien erlebt: subjektive Euphorie, keine Temperatursteigerung, aber sehr frequenten Puls. In beiden Fällen wurde Sektion gemacht: keine Bakterien, aber eigenthümlich lackfarbenes Blut. S. hält diese Fälle für schwere Sepsis.

Pimentel meint, dass ein Hydrocephalus sich leicht perforiren und extrahiren ließe.

Meurer bezweifelt, ob dies in seinem Falle so leicht gewesen wäre.

Meurer: Über isolirte Wirkung des Kontraktionsringes.

1. Fall. Xpara, kräftige Wehen, nach Aussage der Hebamme Querlage bei vollständig verstrichenem Muttermunde und stehender Blase. Kein vorliegender Theil zu fühlen, großer Theil im hochstehenden Fundus. Nach Sprengen der Blase fließt viel Wasser ab, unterer Theil des Uterus völlig leer, über dem Kontraktionsringe, etwa handbreit vom Orif. ext. entfernt, der Kopf des Kindes, der daselbst über einer Öffnung von 8 cm zurückgehalten wird. Da nach 2 kräftigen Wehen der Kopf nicht tiefer tritt, Wendung und Extraktion eines leicht asphyktischen, wiederbelebten Kindes. Dass es sich um den Kontraktionsring als Geburtshindernis bei leerem unteren Uterinsegment gehandelt hat, konnte durch die Untersuchung p. p. mit Sicherheit festgestellt werden.

2. Fall. 20jährige Primipara, Steiß- resp. Fußlage; stehende Blase. Fundus treibt die Nabelgegend stark vor, daran nach rechts verlaufende quere Furche, darunter eine weiche, dem Uterus aufliegende Geschwulst, Plexus pampiniformis. Zwischen Nabel und Symphyse tiefe Bucht, in deren Tiefe man bei Druck in der Wehenpause das Promontorium durchfühlt. Per vaginam Muttermund 5 cm, Blase steht, kein vorliegender Theil zu fühlen, 2 Stunden später ein beweglicher Fuß. Direkt nach dem Blasensprunge bei verstrichenem Muttermunde, 5 Stunden später, wird das untere Uterinsegment völlig leer gefunden, der innere Muttermund ist als ein weicher Wulst oberhalb des äußeren Muttermundes zu fühlen, etwa handbreit darüber der Kontraktionsring mit einem Durchmesser von 6—7 cm. Derselbe bleibt während der nun folgenden Wehenpausen starr, trotzdem der Fundus uteri weich wird. In tiefer Narkose Extraktion eines lebenden, leicht asphyktischen Kindes von 4100 g.

Post partum konnte keine isolirte Kontraktion des Kontraktionsringes mehr gefühlt werden.

Meurer betont diese Fälle, namentlich den letzteren gegenüber Veit, der isolirte Wirkung des Kontraktionsringes nicht anerkennt. Aus der Litteratur führt er noch als analoge Fälle an, einen Fall von Gibert aus der Klinik von Lefour, einen weiteren Fall von Gibert, einen von Budin, einen von Brindeau, 2 Fälle von Demelin; in der deutschen Litteratur fand er keinen analogen Fall beschrieben.

Die Diskussion wird vertagt.

Sitzung vom 11. März 1900.

Diskussion über den Vortrag von Meurer.

Nijhoff (schriftlich): Erwähnt 4 früher von Meurer publicirte Fälle (Geneeskundige bladen VII, 1), die 2 neuerdings erwähnten und die eine Sectio caesarea von Treub, wobei dieser sich genöthigt sah, von der eröffneten Uterushöhle aus den Kontraktionsring zu spalten, um den Kopf des Kindes zu extrahiren. Keinem dieser Fälle erkennt er völlige Beweiskraft an und schließt sich dem Ausspruche Chéron's (Obstétrique 1899, März 15) an: La rétraction isolée de l'anneau de Bandl est un phénomène qui n'est point démontré par les faits cliniques; elle est toujours accompagnée par la rétraction du corps utérin.

Kouwer kann sich ebenfalls nicht mit der Meurer'schen Auffassung vereinigen. Isolirte Wirkung des Kontraktionsringes lässt sich allein durch innere

Untersuchung feststellen; eben so die völlige Erschlaffung des Fundus; wenn nun die Hand nach Erschlaffung des Kontraktionsringes in den schlaffen Fundus eingedrungen ist, kann dadurch nicht bewiesen werden, dass der Fundus auch vorher schlaff war zur Zeit, als der Kontraktionsring gespannt war.

Barnouw glaubt auch nicht an isolirte Wirkung des Bandl'schen Ringes. Er hat denselben bei Längslagen in seiner Praxis überhaupt nie gesehen. Nur in 2 Fällen bei Retentio placentae ohne Nachblutung fand er einen ringförmigen Widerstand; aber das kann auch das Ostium internum gewesen sein.

van Tussenbroek: Bei einer 45jährigen Primipara war nach 48stündigem Kreisen der Kontraktionsring einige Finger breit unterhalb des Nabels zu fühlen bei tief im Becken stehendem Kopfe; in den Wehenpausen wurde der Fundus völlig schlaff, der Kontraktionsring war aber stets deutlich gespannt. Hier handelte es sich offenbar um isolirte Wirkung des Kontraktionsringes.

Hollemann fragt, wie Meurer sich den Hochstand des Kontraktionsringes erklärt, wenn kein vorliegender Theil vorhanden ist, der das untere Uterinsegment dehnen und dadurch die Bildung des Kontraktionsringes veranlassen kann?

Treub findet den Ausdruck »isolirte Wirkung des Kontraktionsringes« nicht sehr glücklich. Es handelt sich darum, ob der Kontraktionsring in kontrahirtem Zustande bleibt, wenn der Fundus schlaff ist. Im letzten Falle von Meurer war dies zweifellos der Fall. Wenn Barnouw sagt, dass er nie einen Bandl'schen Ring bei Längslagen gesehen habe, dann möchte ihn T. an eine Sectio caesarea von van der Mey erinnern, bei der sie beide dabei waren; damals war die Wirkung des Kontraktionsringes so stark, dass das Kind an einem Arm einen rothen Streifen, am anderen eine gangränöse Druckfurche zeigte.

Was T.'s eigenen Fall betrifft, so schließt er sich Nijhoff an, dass durch den operativen Eingriff physiologische Verhältnisse ausgeschlossen werden müssen. Kouwer gegenüber bemerkt T., dass man bei Wendungen häufig in der Lage ist, über dem engen Kontraktionsringe das schlaffe Corpus uteri zu fühlen. Er hält die von Meurer mitgetheilten Fälle für Curiosa, besonders bemerkenswerth aber den letzten Fall, wobei das Kind über dem Kontraktionsringe stehen blieb und allein die mit Fruchtwasser gefüllte Blase die Dehnung des unteren Uterinsegmentes bewirkte.

Die Wichtigkeit der Meurer'schen Mittheilung liegt seiner Ansicht nach nicht in der isolirten Wirkung, als in der Bedeutung des Kontraktionsringes für obstetrische Eingriffe.

Meurer giebt in der Replik Nijhoff zu, dass seine ersten 4 Fälle nicht beweisend waren, wohl aber die 2 in der vorigen Sitzung mitgetheilten. Kouwer's Bemerkung bezüglich der Stellung der Diagnose erkennt er an, hebt aber hervor, dass er in seinen beiden letzten Fällen nur inwendig dazu kam. Hollemann's Frage beantwortet er dahin, dass es wenig auf den vorliegenden Theil ankäme. Die Kontraktionen sind die Folge des allgemeinen Inhaltsdruckes.

Ligterink hat bei manueller Lösung der Placenta ebenfalls isolirten Widerstand des Kontraktionsringes beobachtet, der auch in Narkose bestehen blieb; erst in ganz tiefer Narkose erschlaffte der Ring und der Fundus mit ihm.

Selhorst findet das Theoretisiren über ringförmige Kontraktionen, die man dann Bandl'scher Ring tauft, gefährlich für die Praxis. Der Kontraktionsring ist nichts primäres, sondern die Folge von Uteruskontraktionen in der Längsrichtung. Besteht in dieser Richtung irgend eine Schwierigkeit, dann wirken die cirkulären Muskeln stärker. Das ist eine rein physiologische Erscheinung, die bei stehender Blase nie auftritt. Will man daraus ein pathologisches Moment ableiten, dann wird allen möglichen Operationen Thür und Thor aufgemacht.

Treub bemerkt, dass Selhorst gegen Windmühlen ficht. Niemand hat je behauptet, das der Kontraktionsring etwas primäres ist. Die Begriffsbestimmung des Kontraktionsringes und des unteren Uterinsegmentes, die sich durch Wehen bilden, gilt für die Meisten als eine ausgemachte physiologische Thatsache.

Schoemaker ist nicht zufrieden mit Meurer's Antwort auf Hollemann's Frage. Auch ihm scheint die Bildung eines unteren Uterinsegmentes und des Kontraktionsringes ohne den Druck eines vorliegenden Theiles nicht möglich.

Treub meint bereits hervorgehoben zu haben, dass in dem einen Falle von Meurer die gespannte Blase als vorliegender Theil fungirte.

Hollemann: Im anderen Falle aber stülpte sich die Blase in die Vagina vor

Meurer hebt hervor, dass dies erst später der Fall war; im Anfange der Geburt konnte die Blase das untere Uterinsegment bilden, und ist dann, bei stärkerer Öffnung des Muttermundes, weiter gedrungen.

Barnouw: Persönliche Bemerkung gegen Treub: Den Fall von van der Mey zähle ich nicht zu meiner Praxis.

Pompe van Meerdervoort: Ein Fall von Urethrocele (wird ausführlich in der Tijdschrift voor Gynaecologie en Verloskunde publicirt).

van der Hoeven berichtet von einem analogen Falle aus der Amsterdamer Klinik (Treub). Auch hier operativer Eingriff. Mikroskopisch wurde ein Divertikel der Urethra mit stark entzündeter Wand nachgewiesen.

Treub fügt hieran zu, dass die Pat. Recidiv bekommen hat, und dass er von weiteren Eingriffen absieht.

Schoemaker: Über Bauchnähte. Nach Besprechung der Nahtmethode von Gauthier und Jonnesco empfiehlt S. die Naht, wie sie bei Nähmaschinen älteren Stils gefolgt wird, eine Schlinge, die jeweils durch die vorige durchgezogen wird. (Vgl. Centralblatt für Chirurgie 1900. No. 14. p. 377.)

Kouwer findet die Naht rationell, fürchtet aber, dass dadurch der Wundrand zu blutarm gemacht wird.

Vermey fürchtet bei dieser und ähnlichen Nähten die Gefahr der Infektion durch die Drainage der Wunde mit viel Nahtmaterial. Will man das vermeiden, dann empfiehlt sich die alte Methode von Tilanus, zwei dünne Fäden statt einem in fortlaufender Naht. Die Enden, verschieden gefärbt, werden an den oberen und unteren Wundrand befestigt, und nach erfolgter Heilung in entgegengesetzter Richtung extrahirt.

Ligterink berichtet über einen doppelseitigen Hämatosalpinx. Bei einer 31jährigen IIpara wurde, mit Wahrscheinlichkeit in Folge Graviditas extrauterina, ein doppelter Adnextumor konstatirt. Die rechte Tube wurde per laparotomiam geöffnet, daraus alte Blutcoagula entfernt, der Sack drainirt, der linksseitige Tumor belassen; wahrscheinlich auch Hämatosalpinx, resorbirt mit Hydrotherapie.

Treub hält den zweiten Tumor wegen der raschen Resorption für ein Hämatom des Ligamentum latum oder Hämatocele. **C. H. Stratz** (den Haag).

Ovarienkrankheiten.

2) **André.** Gangrän einer Ovarialcyste durch Druck einer zweiten.

(Gaz. des hôpitaux 1898. No. 40.)

A. berichtet über einen interessanten Fall, in dem es sich um eine gestielte Ovarialcyste der rechten Seite, die in den Douglas prolabirt ist, handelt und die in Folge des Wachsthums eines auf der linken Seite intraligamentär entwickelten 2. cystischen Tumors komprimirt und zur Gangrän gebracht wurde. Durch Absterben der gestielten Cyste bildete sich eine schwere Peritonitis, an der die Pat. zu Grunde geht. Wegen der schweren Symptome wurde von einer Eröffnung des Abdomens Abstand genommen und versucht, durch Punktion der Cyste die Pat. zu retten. Erst bei der 2. Punktion gelingt es, den Cysteninhalt zu entleeren, doch gelang es nicht, dadurch die Pat. am Leben zu erhalten.

R. Biermer (Wiesbaden).

3) L. Kleinwächter. Zum Kapitel »Parovarialcysten«.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 3.)

Die 27jährige Pat. war am 8. Wochenbettstage der $3^1/_2$ Monate zurückliegenden 2. spontanen Entbindung plötzlich unter heftigen Schmerzen in der linken Unterbauchgegend und hohem Fieber erkrankt. Beide Symptome bestanden seitdem unverändert fort, so dass die Pat. sehr abgemagert war.

Die Untersuchung ergab links unten einen deutlich fluktuirenden, anscheinend dickwandigen, ganz unbeweglichen, bei der Berührung intensiv schmerzhaften Tumor, der sich nach oben zu bis in Nabelhöhe und nach rechts bis zur Mittellinie ausdehnte, während er das hintere und das linke seitliche Scheidengewölbe nach unten zu bis zur Scheidenmitte ausbuchtete. Der mangelhaft involvirte Uterus war nach rechts und vorn gedrängt, während ihm links hinten der Tumor unmittelbar anlag. Die großen und kleinen Labien links so wie die hintere Scheidenwand über dem Tumor waren im Zustande einer ausgesprochenen ödematösen Schwellung. Temperatur 39, Puls 112. Die Diagnose schwankte zwischen einem ausgedehnten parametranen, in toto vereiterten, Exsudate und einer großen, vereiterten, einkammrigen Ovarialcyste. Eine von den Bauchdecken aus vorgenommene Probepunktion ergab eine klare, gelbliche Flüssigkeit mit den für Parovarialcysteninhalt charakteristischen Merkmalen. Fieber und Schmerzen wurden auf einen etwaigen, neben der Cyste gelegenen, der Palpation unzugänglichen Entzündungsherd zurückgeführt.

Entleerung der Cyste durch einen Schnitt im hinteren Scheidengewölbe, Abfluss von etwas über 1 Liter der oben erwähnten Flüssigkeit, die nur spärliche Eiterflecken enthielt. Cyste einkammrig, ihre Innenfläche mit Schleimhaut bekleidet, die Wand sehr derb, fest mit der Scheidenwand verwachsen. Vernähung von Cyste und Scheidenwand, Einlegen eines Drainrohres.

Bei der 5 Wochen p. operat. stattfindenden Entlassung lag der gut zurückgebildete Uterus normal und links, neben ihm palpirte man den bis auf Kirschgröße geschrumpften Cystensack, die Incisionsöffnung war fest vernarbt.

Das geschilderte Krankheitsbild muss in der Weise aufgefasst werden, dass eine Spätinfektion im Wochenbette zu einer chronischen oder subakuten Entzündung und dadurch zur Verdickung der Cystenwand führte, während in dem Cysteninhalte sich nur äußerst wenig Eiter bildete. Auf diese Entzündung der Cystenwand waren das anhaltend hohe Fieber und die Schmerzhaftigkeit des Tumors zurückzuführen.

Wahrscheinlich war die bei der Geburt vorhandene Parovarialcyste nur klein, erfuhr aber in Folge der Entzündung eine schnelle Vergrößerung im Wochenbette.

Der vorliegende Fall zeigt von Neuem, dass zur Heilung einer Parovarialcyste nicht unbedingt die Parovariotomie nöthig ist, sondern dass unter Umständen die bloße Incision mit Drainage des Sackes als der weniger gefährliche und doch zur Genesung führende Weg zu bevorzugen ist. **Scheunemann** (Breslau).

4) R. Krukenberg. Beitrag zur Kenntnis des Perithelioma ovarii.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 3.)

Aus der großen Gruppe derjenigen Eierstockssarkome, die von den Blut- und Lymphgefäßen abstammen, unterzieht K. in der vorliegenden Arbeit allein die Peritheliome einer eingehenden Besprechung. Als charakteristische Merkmale des Peritheliome sind anzusehen: »Blutgefäße mit intaktem Endothel, umgeben von neoplastischem Zellmantel in sonst geschwulstfreiem Gewebe«.

11 hierhergehörige Fälle, die freilich nicht alle genau der obigen Definition entsprechen, umfasst die Litteratur. Dazu kommt ein weiterer 12., vom Verf. mitgetheilter Fall.

42jährige IIpara, Entbindungen spontan, letzte vor 16 Jahren. Im Anschlusse daran verstärkte Menstruation. Seit 1 Jahre unregelmäßige, starke Blutungen, seit derselben Zeit Tumor im Unterleibe bemerkt, der schnell gewachsen, bei der Aufnahme den Rippenbogen erreicht. Ovariotomia sin. (Verf.). Wohlbefinden.

$2\frac{1}{4}$ Jahre später erneute Blutungen, die $\frac{1}{2}$ Jahr andauerten. Im hinteren Scheidengewölbe jetzt ein etwa faustgroßer, prallelastischer, mit der hinteren Cervixwand in engem Zusammenhange stehender Tumor palpirbar. Entfernung des Uterus mit den Anhängen und dieser zwischen Scheide, Uterus und Rectum entwickelten Geschwulst, glatte Heilung.

Die Eierstocksgeschwulst war in der Hauptsache aus großen, mit Blut gefüllten Hohlräumen zusammengesetzt, die Schnittfläche war von weicher, markiger Beschaffenheit. Der kleinere, mit der hinteren Uteruswand zusammenhängende Tumor erinnerte auf dem Durchschnitte aufs lebhafteste an eine Blutmole.

Bezüglich der mit außerordentlichem Fleiße ausgeführten mikroskopischen Untersuchung der entfernten Organe sei auf die vorzügliche Darstellung und auf die hervorragenden Zeichnungen des Originals verwiesen.

Die Eierstocksgeschwulst muss von den perivaskulären Zellen der Blutkapillaren abgeleitet werden. Aus ihr verschleppte Zellen sind wahrscheinlich in den kleinen Gefäßen der hinteren Cervixwand so lange liegen geblieben, bis sich aus ihnen unter dem Einflusse irgend welcher Reize eine neue metastatische Geschwulst entwickelte. **Scheunemann** (Breslau).

5) **A. Napier** (Glasgow). Drei Fälle von primärem Ovariensarkom.

(Glasgow med. journ. 1899. März.)

1) 11jähriges Kind, sehr heruntergekommen; vor 3 Wochen 7 Nösel dunkle Flüssigkeit durch Punktion entnommen. Tumor ballotirt in neu angesammelter Flüssigkeit; bei Incision werden zahlreiche peritoneale Metastasen gefunden; die sich mikroskopisch als großrundzelliges Sarkom erwiesen. Tumor sitzt im linken Ovarium. Schluss.

2) 28 Jahre. Seit 8 Monaten Magenbeschwerden, Brechen, Schmerzen in der linken Schulter und Brustseite: Tumor im Abdomen. Linkes Ovarium durch Rundzellensarkom gleichmäßig zu $1\frac{1}{2}$ Zoll vergrößert; Metastasen am linken Leberlappen, Magen, beiden Nieren, Zwerchfell und Durchbruch nach linker Lunge. Probeschnitt, Exitus.

3) 23 Jahre; beiderseitiges Ovariensarkom mit Metastasen in fast allen Organen. Tod an Kachexie. Autopsie. **Zeiss** (Erfurt).

6) **Schaller und Pförringer** (Halle). Zur Kenntnis der vom Corpus luteum ausgehenden Neubildungen.

(Hegar's Beiträge Bd. II. Hft. 1.)

Eine 32jährige IXpara, die schwanger ist, fühlt starke Kreuzschmerzen, rasche Zunahme des Leibesumfanges mit gleichzeitiger Abmagerung. Die Untersuchung ergiebt einen graviden Uterus, der bis zur Nabelhöhe reicht. Hinter diesem aber, im Douglas einen aus vielen Blasen bestehenden Tumor von Storcheneigröße! (Hoffentlich findet dieses nicht gerade gangbare Größenmaß keine weitere Nachahmung aus dem weiten Gebiete der Ornithologie. D. Ref.) Kindestheile im Uterus nicht fühlbar. 14 Tage nach Abgang einer Blasenmole findet die Laparotomie statt, wobei die Diagnose zwischen Echinococcus und traubigem Ovarialkystom schwankt.

Die Untersuchung der beiderseitigen Neubildungen, die grobknollige Oberfläche und eine große Anzahl Cysten auf Längsschnitten zeigen, erstreckt sich zunächst auf die chemische Beschaffenheit der Cystenflüssigkeit. Dieselbe zeigt Peptonreaktion und ist als Mukoid aufzufassen. An der Wand der Cysten kann man 2 Schichten unterscheiden; die genaueren Einzelheiten müssen im Originale eingesehen werden. Aus ihnen ergiebt sich aber, dass man es mit einer Neubildung zu thun hat, die vom Corpus luteum ausgeht und sich zum Theil in carcinomatöser Degeneration befindet. Neben dem doppelschichtigen Bau spricht auch der Inhalt, aus Detritus, Pigmentkörnern und zerfallenden Luteïnzellen bestehend, für diese Herkunft.

Das Zusammentreffen von Blasenmole und Neubildung sehen die Autoren für kein zufälliges an. Im Sinne Kaltenbach's glauben sie, dass der Blasenmole

ein primär erkrankter Keim zu Grunde liegt, und dass dieser von einem erkrankten Graaf'schen Follikel geliefert wurde. **Flatau** (Nürnberg).

7) Urfey (Halle). Über Eierstockstuberkulose.

(Hegar's Beiträge Bd. II. Hft. 1.)

1) Bei einer 25jährigen, sterilen Frau wird ein rechtsseitiger Tumor operirt. Die mikroskopische Untersuchung zeigt neben anderen, hier nicht zu referirenden Einzelheiten, dass es sich um Tuberkulose handelt. Wenn auch die Bacillen nicht gefunden werden konnten, so fanden sich um so mehr Riesenzellen. An Stelle der Mucosa in der Tube eine dicke Schicht kleinzellig infiltrirten Granulationsgewebes, in welchem sich typische Tuberkel mit Riesenzellen konstatiren lassen. U. nimmt eine primäre Erkrankung der Adnexe an. Den tuberkulösen Herd im Ovarium möchte der Autor gern als tuberkulös inficirten Follikel deuten.

2) Bei einer 54jährigen IIpara, die über ein Anschwellen des Leibes und Schmerzen klagt, findet sich neben leichtem Ascites ein hühnereigroßer, knolliger Tumor im Douglas, der für eine maligne Neubildung des Eierstockes gehalten wird. Die Laparotomie zeigt, dass es sich um Bauchfelltuberkulose handelt, der Tumor wird aus technischen Gründen zurückgelassen, während das andere Ovarium zu diagnostischen Zwecken exstirpirt wird. Tod der Frau an Tuberkulose nach einigen Monaten. Das Ovarialstroma zeigt verschiedene Hohlräume, in welchen ein System von schlauchartigen Gebilden angetroffen wird. Die Zellen derselben sind alle nach demselben Typus gebaut: großer, länglich-runder Kern mit deutlicher Chromatinzeichnung, der Zell-Leib mäßig breit, rundlich polygonal. Stroma sehr kernreich.

Am interessantesten ist ein Schnitt, wo man an der Innenwand einer Vene das Endothel einer Seite in lebhaftester Wucherung sieht, die einen pilzartigen Tumor aus den obengenannten Zellen gebildet hat. U. bezeichnet die Bildung als Endotheliom. Von Tuberkulose war an den exstirpirten Organen nichts nachzuweisen. **Flatau** (Nürnberg).

8) Tipper und Philipps. Eine Ovariotomie.

(Lancet 1899. Oktober 7.)

Verff. riskirten eine incidirte, multilokuläre Ovariencyste, die viele Verwachsungen hatte, nach der Entleerung der größten Cyste zuzunähen und auch die Bauchwunde zu schließen, weil angeblich der Kräftezustand der Pat. längeres Operiren nicht gestattete. Eine Woche später wurde die Cyste entfernt, nachdem Puls und Temperatur normal geblieben waren. Die Frau genas.

Rissmann (Osnabrück).

9) A. Routh. Über die Beziehungen zwischen den Eierstöcken und den Brustdrüsen.

(Brit. med. journ. 1899. September 30.)

Auf Grund seiner Litteraturstudien behauptet R., dass die Ovulation keine Störungen erleidet, wenn die Brustdrüsen fehlen und ebenfalls das Stillgeschäft durch die Abwesenheit der Eierstöcke nicht leidet. Dagegen wird man nicht fehlgehen, wenn man eine wesentlich engere Beziehung zwischen Uterus und Mamma annimmt. Aitken und Routh sen. beschreiben starke Hypertrophien der Brustdrüse bei Gebärmuttererkrankungen, eben so andere Autoren. Griffith vermuthet, dass septische Erkrankungen des Uterus eine Mastitis hervorrufen können. Nach Absterben des Fötus secernirt oft die Brustdrüse. Diese Thatsachen sind aber nur durch chemische Veränderungen in der Blutbeschaffenheit zu erklären, denn auf den Nervenbahnen kann eine derartige Beeinflussung nicht stattfinden, wie Verletzte beweisen. Während also sicher zwischen Uterus und Mamma auf biochemischem Wege Beziehungen bestehen, scheint es nicht wahrscheinlich, dass ein näherer Konnex zwischen den Eierstöcken und den Brustdrüsen vorhanden ist.

Rissmann (Osnabrück).

10) H. A. Kelly. Erkrankungen der Ovarien und Tuben.

(Sep.-Adr. a. Cyclopaedia of the diseases of children Vol. V. Suppl.)
London, **J. B. Lippincott Comp.,** 1899.

K. betont, dass alle Erkrankungsformen der Tuben und Ovarien, welche wir bei Erwachsenen begegnen, auch bei Kindern vorkommen. Im Allgemeinen macht die Diagnose von Geschwülsten keine Schwierigkeiten. Nur ist stets zu berücksichtigen, dass schon verhältnismäßig kleine Tumoren, Dank der Enge des Beckenkanales, zeitig in die Bauchhöhle emporsteigen.

Um eine sorgfältige Untersuchung vornehmen zu können ist nach Entleerung von Mastdarm und Blase Chloroformnarkose nothwendig. Nur vom Rectum aus und durch die Bauchdecken soll explorirt werden, nie von der Vagina her. Ist eine Okularinspektion der Vagina und der Cervix durchaus nothwendig, so lässt sich ein kleines cylindrisches Speculum (von 8—10 mm Durchmesser) unschwer in Knie-Brustlage einführen und durch einen Stirnspiegel das nöthige Licht hineinwerfen.

K. bespricht zunächst die Anomalien der Uterusanhänge, Fehlen eines, selten beider Ovarien, accessorische Eierstöcke, Verlagerung eines derselben in den Canal. Nuck. In letzterem Falle ist Stieldrehung beobachtet und aus diesem Grunde die Herniotomie gemacht worden.

Die bei Kindern vorkommenden Ovarientumoren theilt K. ein: 1) in cystische (Adenokystom, einkammerige Cysten, Dermoide), 2) in feste Geschwülste (Sarkome, Carcinome). Während Sarkome verhältnismäßig häufig vorkommen, ist Carcinom nur in 6 Fällen beobachtet worden. An der Hand von Krankengeschichten bespricht Verf. die klinischen Symptome und die Differentialdiagnose bei Ovarialtumoren im Kindesalter. In einer Tabelle sind alle ihm bekannt gewordenen Fälle mit kurzen Angaben über Alter, Art des Tumors, Operation etc. kurz mitgetheilt.

Kongestion und Hämorrhagien finden sich in den Uterusanhängen bei den akuten Infektionskrankheiten auch bei Kindern. Salpingoovaritis ist meist eine Folge vernachlässigter Vulvovaginitis, welche ihrerseits wieder ihre Entstehung mangelhafter Hygiene, Gonorrhoe, akuten Infektionskrankheiten, seltener der Rachitis oder Skrofulose verdankt.

Gleichfalls selten spielt die Tuberkulose eine ätiologische Rolle. 21 hierhergehörige Fälle sind bekannt. Nur in einem waren die Ovarien allein erkrankt. In der Regel ist die Tuberkulose sekundär. Doch giebt es 3 Fälle, in welchen die Genitaltuberkulose unzweifelhaft primär war. Spontane Ausheilung kommt vor. Die Symptome sind nicht charakteristisch. Die Diagnose ist daher bei primärer Tuberkulose während des Lebens nie gestellt worden. Die Prognose ist schlecht. Wenn nicht der Allgemeinzustand gegen einen operativen Eingriff spricht, sollen tuberkulöse Ovarien und Tuben auch bei Kindern möglichst bald entfernt werden. **Graefe** (Halle a/S.).

11) A. Goldspohn (Chicago). Descensus und Suspension der Ovarien.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1898. September 3.)

G. unterscheidet 2 Grade des Descensus der Ovarien: 1) wenn der Eierstock dem Lig. sacro-ut. der entsprechenden Seite aufliegt, 2) wenn es unterhalb des letzteren in den Douglas gesunken ist. Während häufig beide Eierstöcke den ersten Grad von Descensus aufweisen, besonders bei gleichzeitiger und hochgradiger Retroversio uteri, finden sich nur selten beide dem hinteren Scheidengewölbe aufliegend. Wahrscheinlich trägt die Flexura sigm. die Schuld, dass das linke Ovarium viel öfter descendirt wie das rechte.

Ursachen des Descensus können sein: 1) abnorme Gewichtszunahme des Ovariums (Entzündung durch direkte oder Allgemeininfektion, multiple cystische Degeneration Graaf'scher Follikel und Corpora lutea), 2) Lockerung der ligamentären Stütze durch schwächende Krankheiten, Subinvolutio puerp., Verlängerung der Ligamente durch übermäßige Dehnung bei konservativen chirurgischen Eingriffen, 3) Retroversio bezw. Retroversio-flexio uteri.

Schädliche Folgen des Descensus sind variköse Stase und Traumen der Ovarien seitens des Uterus und Rectums. Dank der einen wie der anderen kommt es zu Hämatomen in den Graaf'schen Follikeln und Corp. luteis, Ödem, Bindegewebshyperplasie, chronischer Oophoritis mit multipler cystischer Follikeldegeneration, Cirrhose, selbst zu Perioophoritis, eventuell mit peritonealer Adhäsionsbildung.

Die dauernde Reposition descendirter Ovarien hält G. für stets angezeigt, da, zumal, wenn die Lageveränderung noch nicht lange besteht, die Aussicht auf eine Restitutio eine sehr günstige ist. Eine Pessarbehandlung kombinirt mit vaginoabdominaler Faradisation, Massage des Uterus und tonisirenden Medikamenten kann bei frischer, puerperaler Retroversio zum Ziele führen. In Fällen, in welchen peritoneale Adhäsionen die Organe fixiren, vermag wiederholtes Einlegen von Glycerintampons die Empfindlichkeit derart zu mindern, dass Massage und durch diese eine Lösung der Organe mit nachfolgender Reposition ermöglicht wird. Die Pat. muss dann aber dauernd ein Pessar tragen. In der Mehrzahl der Fälle sieht G. eine chirurgische Behandlung vor, die ventrale Köliotomie, wenn bei Fixation des Uterus oder der Adnexa Eiterdepots in der Umgebung vorhanden sind. Nach Lösung der Adhäsionen, Entfernung der Eiterherde suspendirt er das bezw. die Ovarien so, dass er eine mit feiner Seide armirte Nadel durch die Fimbria ovar. propr., dicht an der Linea ileo-pectinea, dann unterhalb des freien Randes des Ligamentum ovarii führt. Nachdem eine gleiche Ligatur in einer Entfernung von 1 cm gelegt ist, werden beide geknotet. Handelt es sich um einfache, nicht eitrige Adnexerkrankungen bei gleichzeitiger Retroversio bezw. Retroflexio uteri, so macht G. die Alexander-Adams'sche Operation, löst die Adhäsionen mittels eines oder zweier durch den Leistenkanal in die Bauchhöhle geführter Finger, zieht die Anhänge vor die Bauchdecken, resecirt sie, eröffnet cystische Follikel, macht die Salpingostomie etc. und fixirt das Ovarium schließlich in der angegebenen Weise. **Graefe** (Halle a/S.).

Wochenbett.

12) **Macharg.** Eine Analyse über 57 Puerperalfieberfälle.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 17.)

Hauptsächlich über die Wöchnerinnen, die an der Erkrankung starben, soll berichtet werden; es waren dies 31 und davon wurden 21 secirt. Unter den verstorbenen 31 Wöchnerinnen hatten 14 ihre 1. Geburt überstanden. Nur 8mal war Kunsthilfe nöthig gewesen. Wunden der Weichtheile fanden sich in allen Fällen, nur 6mal saßen dieselben jedoch an der Cervix uteri. Mehrere Male hatte sich an Scheidenverletzungen eine Parakolpitis angeschlossen. In der Mehrzahl (67%) begann in den ersten 4 Tagen nach der Geburt die Erkrankung, 5mal begann das Fieber nach dem 7., 1mal sogar erst am 19. Wochenbettstage, und trotzdem endete die Erkrankung mit dem Tode. Bei der Sektion fand man fast immer eine septische Endometritis, nur 1mal in einem Falle, wo die Erkrankung 73 Tage gedauert hatte, war der Uterus ganz gesund. Die Tuben waren 8mal (40%) erkrankt; vielleicht war sogar davon 1mal die Tube das primär erkrankte Organ und von dem alten Pyosalpinxsacke war das Puerperalfieber (nach Ansicht des Ref. ein unzutreffender Name, da das Fieber nicht von Geburtsverletzungen ausging) entstanden. Das Ovarium war 2mal betroffen, zu gleicher Zeit enthielt dabei aber auch die Tube Eiter. Eine Peritonitis bestand in 9 Fällen und M. ist der Ansicht, dass dieselbe nur 2mal von septischen Erkrankungen des Uterus ausging, wohingegen 6mal eine purulente Salpingitis nachgewiesen wurde und 1mal der Weg, den die Infektion gegangen war, nicht mit Sicherheit zu finden war. Die septische Thrombose der Uterusvenen konnte einmal bis in die unteren Partien der Vena cava inf. verfolgt werden. 8mal gaben die Thrombosen im Uterus, die im Ganzen 13mal sich vorfanden, Veranlassung zu Metastasen.

Unter 7 Fällen von Parametritis bestanden auffallenderweise 4 aus zahlreichen, kleineren Abscessen.

Die Darmwände sind in geringerem Maße häufig entzündet, dabei kommt es aber nur sehr selten zu Schleimhauterosionen und die Peyer'schen Plaques oder die Solitärfollikel waren nie erkrankt.

Eine Enteritis, die insgesammt sich bei 12 Fällen nachweisen ließ, war immer bei den Kranken zu finden, die an Durchfällen gelitten hatten. Die Hirnhäute waren 3mal injicirt und ödematös.

Therapeutisch steht M. der medikamentösen Behandlung des Wochenbettfiebers, einschließlich der Serumbehandlung, skeptisch gegenüber und plaidirt für chirurgische Eingriffe, namentlich wo septische Erkrankung der Uterusvenen anzunehmen ist. Hat der septische Process sich schon auf die Venen der Ovarien forterstreckt, so wird die Aussicht allerdings weniger hoffnungsvoll sein.

Rissmann (Osnabrück).

13) **Fell.** Über Anwendung des Formalins bei puerperaler Endometritis.

(Presse méd. 1899. No. 51.)

Verf. hat in einem Falle von Puerperalfieber mit gutem Erfolge Formalin angewandt und zwar aus dem Grunde, weil er hoffte, durch die sich allmählich entwickelnden Formalindämpfe eine Desinfektion der Uterushöhle zu erzielen. Es handelte sich um eine Frau, bei der nach Kraniotomie am 3. Tage das Fieber bis 42° stieg. Trotz Uterusausspülungen, bei denen jauchige Massen entfernt wurden, sank die Temperatur nur wenig und der Zustand der Pat. wurde immer hoffnungsloser. Verf. tamponirte nun aus oben angegebenem Grunde die Scheide lose mit Gaze, welche in eine Formalinlösung von 4:180 getaucht war. Der Tampon blieb 12 Stunden liegen, er verursachte nur einen leichten brennenden Schmerz. Das Fieber sank und die Symptome der puerperalen Endometritis gingen zurück.

Rech (Trier).

14) **L. Prochownik** (Hamburg). Die Ausschneidung der puerperalseptischen Gebärmutter.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 6.)

P. geht von der Voraussetzung aus, dass die große Zahl puerperaler Todesfälle immer wieder nach neuen therapeutischen Erfolgen zu streben zwinge und dass selbst eine so eingreifende Operation wie die Totalexstirpation allgemein als gerechtfertigt erscheinen würde, wenn sie den Preis der Rettung bilde. Mit Recht beschäftigt er sich in seiner Arbeit desshalb lediglich mit der Indikationsstellung. Ein neues Hilfsmittel wurde ihm dabei die seit Jahren systematisch geübte regelmäßige Blutuntersuchung im Kulturverfahren. Er hat dabei stets nur Streptokokken gefunden. Das Marmorek'sche Serum versagte ihm. Bei positivem Blutbefunde ist der radikale Eingriff erlaubt, wenn der Uterus allein erkrankt erscheint, geboten, wenn verjauchte Geschwülste, Eireste etc. nachweisbar oder nicht konservativ zu entfernen sind. Um so konservativer ist er bei negativem Blutbefunde. Nur die Ausräumung bei erwiesener Retention ist zulässig. Die Erledigung in einer Sitzung ist durchaus zu erstreben. Auch als Voroperation des Radikaleingriffes ist einmalige Ausräumung und Ätzung mit 50%igem Alkohol am Platze. Die Indikationsstellung ist, wie man sieht, kaum weniger streng, als die von B. S. Schultze inaugurirte.

Roesing (Hamburg).

15) **T. Tuffier** et **R. Bonamy** (Paris). Über Hysterektomie bei puerperaler Infektion.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1899. No. 4.)

1) Ist es logisch, bei puerperaler Infektion den Uterus zu entfernen?

Hat die Infektion die Schleimhaut überschritten und sich in der Muskulatur verbreitet und ist die Ausschabung etc. ohne Erfolg geblieben, so ist die Hyster-

ektomie entschieden angezeigt. Von 33 so operirten Kranken genasen 20. Es wird ein sehr instruktiver neuer Fall eingehend mitgetheilt: in der Uteruswand wurden Staphylokokken und Streptokokken gefunden.

2) Operationsverfahren: 2 Momente kommen hier besonders in Betracht: 1) die Weichheit und leichte Zerreißlichkeit der Gewebe, 2) die Hämostase; diese indiciren bei der vaginalen Hysterektomie folgende Vorsichtsmaßregeln: 1) Genaue Bestimmung der Größe und der Lage des Uterus: vor begonnener Operation kann man dazu Instrumente verwenden, nachher führt man am besten einen Finger in den Uterus ein. 2) Will man den Uterus nach vorn oder hinten umwälzen, so müssen die Traktionen langsam ausgeführt werden und breite Flächen gefasst werden. 3) Am besten wendet man zur Blutstillung specielle Klemmen an, mit breiten Haftflächen.

Bei der abdominalen Hysterektomie ist die Hämostase weniger schwierig.

3) Resultate: 33 Fälle mit 20 Heilungen und 13 letalen Ausgängen. Die abdominale Hysterektomie wurde 19mal ausgeführt: 9mal totale Exstirpation und 10mal supravaginale Amputation; die totale Exstirpation ergab 5 Heilungen und 4 Exitus, die supravaginale Amputation 9 Heilungen und 1 Exitus.

Die vaginale Hysterektomie wurde nur 10mal ausgeführt: 4 Heilungen und 6 Misserfolge.

4) Indikationen; 1) Placentarretention, wenn die Placenta weder mit dem Finger noch mit der Curette entfernt werden kann und septische Erscheinungen auftreten. 2) Geburt, komplicirt mit puerperaler Infektion, wenn die Sectio caesarea indicirt ist. 3) Die Verschlimmerung des Zustandes trotz Anwendung der in Betracht kommenden Behandlungsmethoden. 2 neue, hierhergehörige Fälle werden mitgetheilt.

5) Gegenindikationen: Bevor man den Uterus entfernt, muss man die Überzeugung gewonnen haben, dass die Infektionsquelle im Uterus selbst sitzt; die Hysterektomie bei Septikämie giebt keine günstigen Resultate; die Kranke darf nicht zu schwach geworden sein; eine Intervention ist bei allgemeiner Peritonitis im Allgemeinen ausgeschlossen; indessen kann vermittels der Peritonealdrainage doch dann und wann eine Kranke gerettet werden. **Beuttner** (Genf).

16) **Laverge.** Über mikroskopische Verhältnisse bei der retinirten Placenta.

Inaug.-Diss., Leiden, 1899.

Nach Untersuchung eines Materiales von 32 Fällen von (1 Woche bis 5 Monate) retinirten Placentarresten (Schwangerschaft von 2—8 Monaten) kommt Verf. zu dem Schlusse, dass Wucherung von Zottenstroma nicht gesehen wurde, wohl Ödem (wahrscheinlich präexistirend) und Coagulation (meist postmortal). Für die Veränderung der Ektodermzellen passt die Bezeichnung Vermehrung besser als Wucherung; eben so fürs Syncytium. Blutcirkulation, in der Decidua noch wohl zu sehen, ließ sich in den Zottengefäßen nicht finden. Intravitaler Ursprung der Gefäßobliteration ist wahrscheinlicher als postmortale Processe. Syncytium fällt bald aus einander und verschwindet mit dem Auftreten von Coagulation im intervillösen Raume. Nach dem Absterben kann Coagulation in den Langhans'schen Zellen auftreten noch bei Anwesenheit von Syncytium, ohne Coagulation des intervillösen Raumes. **Semmelink** (Leiden).

17) **F. Frank** (Köln). Über die Ausbildung der Wochenbettpflegerinnen und ihr Verhältnis zu den Hebammen.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 6.)

F. tritt für die Ausbildung von Pflegerinnen in 6monatlichen Kursen ein. Solche würden vom Publikum und den Hebammen selbst gewünscht, als deren Gehilfinnen sie zu fungiren hätten. Sie sollen ebenfalls unter Kontrolle der Kreisphysici stehen und nach einheitlichen Grundsätzen in der ganzen Monarchie ausgebildet und zugelassen werden. Die Bestrebungen auf Abschaffung der Hebammen werden sehr abfällig kritisirt. **Roesing** (Hamburg).

18) **Döderlein.** Prophylaxe und Kausaltherapie des Puerperalfiebers.
(Therapeutische Monatshefte 1899. December.)

In mehr als 50% wird in den Lochien kranker Wöchnerinnen der Streptococcus pyogenes gefunden, dessen Virulenz nicht immer die gleiche ist, am größten aber dann, wenn die Streptokokken vorher im todten oder lebenden menschlichen Körper kultivirt worden sind. Desshalb empfiehlt sich möglichste Einschränkung der inneren Untersuchung und, so weit es geht, Fernhaltung der Hände von specifischen Infektionserregern, eventuell Gebrauch von Gummihandschuhen. Desinfektion der Scheide bei normalen Kreißenden ist unnöthig. Bei erkrankten Wöchnerinnen soll das Lochialsekret mikroskopisch und kulturell untersucht werden. Schon, sobald Temperatur- und Pulserhöhung die Anwesenheit von Keimen anzeigen, soll intra-uterin gespült werden, aber nicht mit Sublimat oder Karbol. Wo Streptokokken nachgewiesen sind, würde auch ein Versuch mit Antistreptokokkenserum zu machen sein, dessen Misserfolge vielleicht zum Theil aus der kritiklosen Anwendung auch bei anderen als Streptokkokeninfektion zu erklären sind. Zur symptomatischen Therapie empfiehlt sich der Gebrauch von Antipyrin.

Die Totalexstirpation des inficirten Uterus hält Verf. für eben so berechtigt, wie erfolgreich und hat sie 2mal ausgeführt. Die 1. Kranke wurde mehrere Stunden, nachdem ein stark übelriechender Fötus spontan ausgestoßen war, wegen Placentarretention und hohen Fiebers in die Klinik gebracht. Da die Placenta vollständig adhärent war und der Uterus zahlreiche Fibroide aufwies, entschloss D. sich zur Totalexstirpation, worauf das Fieber sofort abfiel und die Frau gesund wurde. Die 2. Frau kam 17 Tage nach leichter und spontaner Geburt wegen hohen Fiebers und wiederholter starker Blutungen. Bei der Untersuchung wurden adhärente, zersetzte Placentarreste manuell entfernt, die Temperatur stieg aber nach vorübergehendem Abfalle wieder stark an. Da es sich um eine vom Uterus ausgehende Sepsis handelte, wurde am 25. Tage post partum bei 39,9 Temperatur die Totalexstirpation gemacht. Wohl traten im weiteren Verlaufe noch pyämische Erscheinungen auf, ein Zeichen, dass der Krankheitsprocess über die Exstirpationsgrenze herausgeschritten war, die Frau wurde aber gesund. Bei einer Dritten wurde die Operation verweigert, bei der Sektion ließen sich aber außer der endometranen Lokalisation keinerlei andere Krankheitsherde nachweisen, die Kranke wäre also vielleicht auch zu retten gewesen. **Witthauer** (Halle a/S.).

Verschiedenes.

19) **Albu** (Berlin). Wesen und Behandlung der Verdauungsstörungen Chlorotischer.
(Zeitschrift für praktische Ärzte 1899. No. 16.)

A. hält die Chlorose eben so wie v. Noorden für eine Autointoxikation in Folge funktioneller Insufficienz der Ovarien. Die Störung der Magen-Darmfunktion ist bei der Hälfte aller Fälle rein nervösen Ursprunges ohne nachweisbare anatomische oder chemische Veränderungen der Magenfunktion. Die Neurasthenie ist hier eine Sekundärerscheinung, bedingt durch die abnorme Blutbeschaffenheit, und äußert sich in sehr mannigfachen Symptomen. Die Behandlung hat mit absoluter Bettruhe zu beginnen; Mastkuren nützen nur bei Unterernährung, sind aber nicht angebracht bei pastöser Chlorose. Es sollen nur 3 Mahlzeiten genommen werden; vegetabilische Kost, besonders Obst und Gemüse (namentlich der eisenhaltige Spinat) ist zu bevorzugen, als Getränk ist Münchener Bier zu empfehlen. Eine solche Kost soll 4—6 Wochen genommen werden. Außerdem sind Schwitzbäder (2—3mal wöchentlich) und laue Vollbäder mit kalten Übergießungen des Oberkörpers zu verordnen. Eisenpräparate sind stets anzuwenden, sie müssen billig und schmackhaft sein, A. bevorzugt Tinct. ferri pomata, die Wahl des Präparates ist ziemlich gleichgültig; Komplikationen verlangen besondere Behandlung. Bei gastralgischen Attacken sind heiße Kompressen aufzulegen, in der anfallsfreien

Zeit Prießnitz'sche Umschläge, außerdem kann man Codeïn, Belladonna in Pulvern geben und den konstanten und faradischen Strom anwenden. Liegt Hyperacidität des Magens vor, so sind saure Speisen und Gewürze zu verbieten, ev. Alkalien zu verabreichen und Magenausspülungen zu machen. Bei Verdacht auf ein sich entwickelndes Ulcus rotundum soll man Eisenpräparate weglassen, bei offenbar vorhandenem Ulcus zunächst nur dieses allein behandeln: Ernährung per clysma durch 8—10 Tage, heiße Breiumschläge, bei Blutungen Eisblase. Hypacidität kommt bei Chlorose gelegentlich auch vor und indicirt den Gebrauch von Salzsäure. Bei Atonie und Schlaffheit der Magenmuskulatur und dadurch bedingter motorischer Insufficienz sind energische Massage, Magenausspülungen, schottische Dusche (auf den Magen) am Platze. Bei der so häufigen Obstipation müssen vegetarische Kost, Massage, Elektrisirung, kalte Sitzbäder, gymnastische Übungen Reiten, Radfahren, Schwimmen, Bergsteigen zur Kräftigung der atonischen Darmmuskulatur angewandt werden. **Stoeckel** (Bonn).

20) **H. Schiller** (Breslau). Kommen auf den Schleimhäuten der Genitalorgane der Frau Gonokokken vor, ohne dass klinische Erscheinungen von Gonorrhoe vorhanden sind?

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 41.)

S. verneint obige Frage im Gegensatze zu Neisser und zwar auf Grund eines Untersuchungsmaterials von 300 Fällen. Bei 57 derselben fanden sich Gonokokken, aber auch pathologische Sekrete der betreffenden Schleimhäute. Wo letztere fehlten war auch das Untersuchungsergebnis bezüglich Gonokokken negativ.

Graefe (Halle a/S.).

21) **B. M. Drejer.** Om Behandlingen af truende Eklampsie.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1898. No. 8.)

Eine kurze Übersicht über die Symptome der drohenden Eklampsie und ihre Diagnose nebst Behandlung, wesentlich nach französischen Quellen.

K. Brandt (Christiania).

22) **H. Wathen.** Fortschritte bei der Curettage und der Operation der Cervixrisse.

(Med. age Vol. XII. No. 6.)

Neues über die Abrasio mucosae bei Metrorrhagien und Endometritis bringt W. nicht. Er verwirft dieselbe bei septischer Endometritis. Zur Entfernung inficirter Deciduareste oder Coagula räth er die Finger zu benutzen. Auch bei akuter gonorrhoischer Endometritis steht er der Curettage ablehnend gegenüber, weil er wiederholt nach derselben sich Pyosalpinx entwickeln sah.

Der Emmet'schen Operation schickt W., wie dies wohl meist geschieht, die Abrasio mucosae voraus. Zur Naht der Risse empfiehlt er fortlaufende Katgutnaht. Um einer Atresie des Cervicalkanals vorzubeugen, legt er für 2—3 Tage ein schmales Drainrohr oder einen Gazetampon ein. **Graefe** (Halle a/S.).

23) **Chrobak** (Wien). Bemerkungen zu dem Aufsatze von Boldt, Eine außergewöhnliche Verletzung bei einer versuchten Ausschabung des Uterus.

(Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. IX. Hft. 4.)

Wie schon Sänger, so ergreift auch C. die Gelegenheit, um nochmals vor dem überflüssigen Gebrauche von Instrumenten bei Abortausräumungen zu warnen. Für gewöhnlich sei nur der Finger oder unter seiner Leitung der Abortlöffel oder die Kornzange zu benutzen. Die Curette werde überhaupt viel zu viel benutzt, meist aus Unkenntnis der anatomischen Verhältnisse. **Roesing** (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. **Sonnabend, den 19. Mai.** **1900.**

(Aus der königlichen Universitätsfrauenklinik in München.)

I. Zur Behandlung des Nabelschnurrestes nach Martin.

Von
Dr. Ballin,
Volontärarzt der Klinik.

Prof. Martin hat in der Berliner klin. Wochenschrift 1900 No. 8 ein neues Verfahren der Behandlung des Nabelschnurrestes Neugeborener angegeben, zu dessen Nachprüfung ich an der Hand des Materiales der Münchener Frauenklinik von Herrn Geheimrath v. Winckel in dankenswerther Weise angeregt wurde.

Wenn ich von einem »neuen« Verfahren Martin's spreche, so muss ich diesen Ausdruck etwas einschränken. Doktor[1], der uns mit dem Verfahren der Budapester Klinik bekannt macht, giebt an, dass dort der Nabelschnurrest gleich nach der Geburt möglichst tief unterbunden und so kurz wie möglich abgeschnitten wird. Ich sehe hier ganz von dem ähnlichen Verfahren ab, das, wie uns die Arbeit

[1] Archiv für Gynäkologie Bd. XLV. p. 551.

von Paul[2] und die neuerliche Veröffentlichung von Prof. Ahlfeld[3] zeigen, schon längere Zeit in der Marburger Klinik geübt wurde, und das auch eine möglichste Verkürzung des Strangrestes zu seinen wesentlichen Faktoren zählt. Fernerhin erwähnt Hennig[4] unter den verschiedenen Arten der primitiven Abnabelung »das Erhitzen des Strangstumpfes sogar bis in den Bauch hinein«. Demnach haben wir es also bei dem Martin'schen Verfahren nur mit einer neuen Kombination zweier schon alter Methoden zu thun, die ja trotzdem als solche doch noch gute Dienste zu leisten vermöchte.

Bevor ich mich auf eine weitere kritische Beleuchtung des Verfahrens einlasse, möchte ich zunächst die Resultate meiner Untersuchungen folgen lassen. Ich nahm dieselben an 50 Neugeborenen der Klinik vor und zwar ohne Auswahl in der Reihenfolge, wie dieselben geboren wurden. Es befinden sich darunter naturgemäß auch Frühgeborene. Die Modifikationen, wie sie vielleicht durch die Resultate bei diesen sich ergeben würden, will ich vernachlässigen und in toto die Gesammtresultate geben.

Die Abnabelung geschah genau nach der von Prof. Martin gegebenen Vorschrift; die Nachbehandlung wurde in der in der hiesigen Klinik üblichen Weise — Bestreuen mit Salicylamylum und Bedecken mit Watte bei täglichem Bade des Kindes — geübt. Was die Dauer meiner Beobachtung anlangt, so konnte sich dieselbe nur auf das Verhalten des Nabels während der ersten 7 Tage nach der Geburt erstrecken, da unter gewöhnlichen Umständen nach dieser Zeit die Wöchnerinnen und mit ihnen die Kinder die Klinik verlassen. Nur in wenigen Fällen, wo die Mütter wegen Eklampsie oder fieberhafter Erkrankung die Anstalt erst nach längerer Zeit verließen, hatte ich Gelegenheit, auch über diese Zeit hinaus den Heilungsverlauf der Nabelwunde zu beobachten. Wenn ich mit Martin den normalen, oder ich möchte lieber sagen, den idealen Verlauf der Nabelheilung dahin präcisiren soll, dass sich in den ersten Tagen die Portio persistens einstülpt, dann am 4.—5. Tage der Rest abstößt mit Hinterlassung einer von einer Hautfalte bedeckten, kleinen Granulationsfläche, so darf ich diesen nur bei 16 Fällen annehmen. Als Komplikationen im Gesammtverhalten des Kindes fanden sich unter diesen Fällen 8mal Ikterus allein, 1mal Ikterus mit Soor und 2mal Soor ohne Ikterus. Diesen 16 Fällen möchte ich 2 weitere anreihen, bei denen als einzige Abweichung eine länger bestehende, kuppelförmige Vorwölbung des perennirenden Theiles beobachtet wurde, fernerhin 1 Fall, bei dem diese Abweichung mit Ikterus einherging.

Sämmtliche anderen Fälle, 31 an der Zahl, zeigten Affektionen am Nabel, die direkt als pathologisch bezeichnet werden müssen.

---

[2] Dissertation (referirt im Centralblatt für Gynäkologie 1895. No. 32).
[3] Centralblatt für Gynäkologie 1900. No. 13.
[4] Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten Bd. II.

Unter diesen Affektionen verstehe ich einmal die Röthung der Portio persistens über die Demarkationslinie hinaus, die sich in 14 Fällen zeigte und dann die Putrescenz des Nabelschnurrestes resp. der nach Abfall desselben noch bestehenden Sekretion, die sich 23mal nachweisen ließ. Daneben wurde die kuppelförmige Vorwölbung des perennirenden Theiles noch 5mal, Ikterus 16mal beobachtet. Der Abfall der Nabelschnur erfolgte:

am	2.,	3.,	4.,	5.,	6.,	7.,	nach dem 7. Tage
in	1	3	22	15	4	1	2 Fällen,

1 Kind wurde am 5. Tage entlassen und 1 Kind starb am 4. Tage. Bei beiden hatte sich der Nabelschnurrest noch nicht abgestoßen.

Weiterhin muss ich noch erwähnen, dass als weitere Komplikationen, die sich aus dem Verfahren herleiteten, 2mal die schon von Prof. Ahlfeld gefürchteten Verbrennungen eintraten. Dieselben fanden sich 1mal am rechten Oberschenkel und 1mal an der Haut des Abdomens, waren beide 2. Grades und entstanden, als die Hebamme in meiner Abwesenheit das Kind in der vorgeschriebenen Weise allein abnabelte. Ferner war, als ich im 1. Falle die Unterbindung einer sehr sulzreichen Nabelschnur mit einem mittelstarken Seidenfaden vornahm, dieser Faden durchgeschnitten, was indessen keine weiteren Folgen hatte. Im Gegentheile, gerade diesen Fall durfte ich in Bezug auf den weiteren Verlauf zu den 19 günstigen rechnen. Eine Nachblutung wurde in keinem Falle beobachtet.

Um mir ein Urtheil über den Werth des neuen Verfahrens gegenüber dem alten, bisher in der Klinik geübten bilden zu können, setzte ich meine Untersuchungen an 50 Neugeborenen fort, die in der alten Weise abgenabelt wurden; d. h. es wurde in diesen Fällen ein 7 cm langer Rest belassen, welcher nach dem täglichen Bade des Kindes mit Salicylamylum bestreut und mit Watte bedeckt wurde. Die Resultate waren hier folgende: Normale Fälle 9, dazu 3 weitere mit der Abweichung der längeren, kuppelförmigen Vorwölbung der Portio persistens; unter diesen 12 Fällen 5mal Ikterus und 1mal Soor. Sämmtliche anderen Fälle, also 38, zeigten wiederum die oben beschriebenen Veränderungen und zwar Röthung des perennirenden Theiles 23mal und Putrescenz 20mal. Dazu kam noch als weitere Regelwidrigkeit ein längeres Feuchtbleiben des Nabelschnurrestes ohne die Erscheinungen des Sphacelus, das 5mal beobachtet wurde. Als Nebenbefund fand sich unter den 38 Fällen 20mal Ikterus, 6mal die kuppelförmige Vorwölbung des perennirenden Theiles, 5mal Soor und 1mal Blutungen aus der Nabelwunde. Der Nabelschnurrest fiel:

am	3.,	4.,	5.,	6.,	7.,	8. Tage
in	4	6	16	2	4	2 Fällen ab,

12mal nach dem 7. Tage, wobei der Abfall überhaupt nicht zur Beobachtung kam. 2 Fälle endeten letal, 2 wurden vorzeitig am 4. resp. 6. Tage entlassen, in allen 4 Fällen war der Rest noch nicht abgefallen. Eine Nachblutung wurde 2mal am 1. Tage beobachtet.

Wenn ich nunmehr einen Vergleich zwischen den beiderseitigen Resultaten ziehe, so muss derselbe zweifellos zu Gunsten des Martin-schen Verfahrens sprechen. Dasselbe bedeutet eine Verbesserung gegenüber unserem bisherigen Verfahren sowohl in Bezug auf die Frequenz der pathologischen Veränderungen als auch besonders auf die Kürze des Demarkationsprocesses.

Worin liegt nun der Vorzug des Martin'schen Verfahrens? Meiner Meinung nach nur in der möglichsten Verkürzung des Strangrestes. Dass es sich bei der Eintrocknung des Nabelschnurrestes nicht um einen »Akt der Vitalität«, sondern um einen rein physikalischen Vorgang handelt, geht unzweifelhaft aus den Arbeiten von Runge[5] und Stutz[6] hervor. Da nun Martin den Stumpf auf das Mindestmaß reducirt und damit die absolute Feuchtigkeitsmenge desselben möglichst verringert, so erhöht er die Möglichkeit einer schnelleren Eintrocknung und als Folge dieser, wie ich mich bei meinen Untersuchungen zu überzeugen Gelegenheit hatte, die Wahrscheinlichkeit einer schnelleren Demarkation. Und gerade das letztere ist von besonderer Bedeutung, wie die Untersuchungen von Epstein[7] und Eröss[8] ergeben haben, will man auch mit Sänger[9] das Putridewerden des Nabelschnurrestes nicht als eine Gefahr an sich gelten lassen.

Im Übrigen haben auch die praktischen Versuche von Doktor und Eröss zur Evidenz bewiesen, dass die Nabelerkrankungen mit der Kürze des zurückgelassenen Stumpfes abnehmen und Runge stellte auf Grund seiner Erfahrungen schon frühzeitig die Forderung auf: »Möglichste Begünstigung der Mumifikation des Nabels, der besonders bei sulzreichen Schnüren möglichst kurz beim Abnabeln abzuschneiden ist«.

Prof. Ahlfeld[10] verurtheilt an dem Martin'schen Verfahren, dass ein Seidenfaden zur Ligatur benutzt wird, und fürchtet ein Durchschneiden desselben und dadurch entstehende Blutungen. Wie ich schon erwähnte, passirte mir dieses Malheur gleich bei meinem ersten Falle, wo ich zur Unterbindung einer sehr sulzreichen Nabelschnur eine mittelstarke, gedrehte Seide verwandte. Nun, der von Ahlfeld gefürchtete Zufall einer Nachblutung trat nicht ein und der Fall verlief vollkommen glatt. Für die Folge gewarnt, benutzte ich nunmehr eine sehr dicke, geflochtene Seide und, obwohl ich die Unterbindung immer sehr energisch vornahm, hatte ich kein zweites Mal diesen Zufall zu beklagen. Ich halte demnach diese Gefahr nicht für sehr groß. Dagegen habe ich ein anderes Bedenken gegen die

---

[5] Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. VI. Hft. 1.

[6] Archiv für Gynäkologie Bd. XIII. Hft. 3.

[7] Über antiseptische Maßnahmen in der Hygiene des Neugeborenen. Med. Wandervortr. 88.

[8] Archiv für Gynäkologie Bd. XLI. p. 412.

[9] Centralblatt für Gynäkologie 1881. No. 6.

[10] a. a. O.

Seidenligatur direkt an der Hautgrenze. An die Stelle, an der sich die Abstoßung eines Fremdkörpers — als solchen haben wir den Nabelschnurrest zu betrachten — vollzieht, bringen wir noch einen zweiten Fremdköper. Und gerade dieser Fremdkörper ist vermöge seiner charakteristischen Eigenschaften im Stande, unangenehme Folgen an dem Orte seines Aufenthaltes hervorzurufen. Seide drainirt, daher die häufigeren Stichkanaleiterungen bei Verwendung derselben zur Hautnaht, daher aber wohl auch die Infektion des zum Theil abgesetzten Nabels vielleicht durch Imbibition der Seide mit verunreinigtem Badewasser. Nur so vermag ich mir die noch sehr häufige Putrescenz des Nabelschnurrestes zu erklären. Ich denke dabei, wie dies Eröss schon betont, an die Möglichkeit einer von der Nabelwunde aufsteigenden, sich auf den ganzen Strangrest ausdehnenden, sekundären Putrescenz, einen Vorgang, den ich in einem Theile der Fälle direkt beobachten konnte.

Was nun die zweite Manipulation des Verfahrens, die Verwendung der glühenden Brennschere, anlangt, so glaube ich nicht, dass sie den ihr vindicirten Zweck erfüllt. So wenig man mittels des Thermokauters eine arterielle Blutung zu stillen vermag, so wenig glaube ich, ist man mittels der glühenden Brennschere (dieselbe soll ja wohl nur ein billiger Ersatz des Thermokauters sein) im Stande, ein Gefäß von dem Lumen der Nabelarterien zu schließen. In der That habe ich auch in den meisten Fällen das Lumen der Gefäße nach Anwendung der Brennschere klaffen sehen. Außerdem überzeugte mich auch folgender Versuch von der Unzulänglichkeit der Blutstillung durch die Brennschere. Wenn ich die Nabelschnur einer eben ausgestoßenen Placenta ohne vorausgehende Ligatur nochmals mittels der glühenden Brennschere durchtrennte, so trat sofort nach Wegnahme derselben eine Blutung aus der, allerdings in ihrem Lumen größeren Vene auf. Ich kann aus diesen Gründen nicht glauben, dass für den Fall, dass die Ligatur versagt, und nur für diesen käme es doch in Betracht, der Brandschorf fähig ist, eine Blutung hintanzuhalten.

Wenn trotzdem, aus meiner Arbeit hervorgeht, dass bei dem Martin'schen Verfahren keine Nachblutung auftrat, bei dem unsrigen aber 2mal eine solche beobachtet wurde, so führe ich dieses nicht auf die Methoden, sondern vielmehr auf deren Handhabung zurück. Die Unterbindung bei dem Martin'schen Verfahren nahm ich fast in allen Fällen selbst und, wie schon erwähnt, sehr energisch vor, während bei der anderen Methode die Hebamme die Unterbindung besorgte und es dann jedenfalls versäumte, wie dies hier Vorschrift ist, die Ligatur zum zweiten Male anzuziehen.

Martin sagt nun in seiner Arbeit: »Die Wirkung des Brandschorfes ist eine überraschende. Schon am 2. Tage ist der Hautnabel vollständig in das Niveau der Bauchhaut gesunken; am 4. bis 5. Tage, in einigen Fällen am 6. Tage ist der Brandschorf mit der Ligatur abgefallen etc.« Dass der Brandschorf diese Wirkung haben

sollte, dürfte doch wohl kaum anzunehmen sein. Der Schorf auf dem todten Gewebe des Nabelschnurrestes dürfte im Gegentheile jeder weiteren Wirkung entbehren und an den günstigeren Resultaten des Martin'schen Verfahrens gegenüber dem unsrigen unbetheiligt sein.

Meine theoretischen Bedenken, so wie die praktischen Resultate, vor Allem aber ein Vergleich mit den Resultaten von Prof. Ahlfeld, Doktor und Eröss lassen mir das Martin'sche Verfahren nicht als einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiete der Nabelschnurbehandlung erscheinen.

II. Zur Symptomatologie und Genese der Vaginalcysten.

Von

Ludwig Pincus in Danzig.

Die Mehrzahl der Vaginalcysten verläuft symptomlos. Ihr Vorkommen ist relativ selten, selbst, wenn man die ohne Erscheinungen verlaufenden mitrechnet. Unter 4300 Privatpatienten sah ich solche Cysten nur 7mal. Drei derselben bildeten einen zufälligen Befund. Augenscheinlich nur einem Zufalle im Zugange des Beobachtungsmateriales verdanke ich es, dass in den letzten 4 Jahren kurz hinter einander 4 derartige Fälle, und zwar solche von praktischer Wichtigkeit, zur Beobachtung gelangten.

In diesen 4 Fällen führten durch die Cysten selbst verursachte Beschwerden erheblicher Art zur Untersuchung. Besonders 2 Fälle erscheinen wichtig, weil durch die Cysten Blasenbeschwerden (bis zum Tenesmus) verursacht wurden, welche lange Zeit allen Behandlungsmethoden getrotzt (Badekuren, Blasenspülungen etc.), weil der Behandlung Fehldiagnosen zu Grunde lagen. Dies sei nur wegen der praktischen Wichtigkeit erwähnt.

Die eine Pat. war mehrere Jahre in der Behandlung eines anerkannt tüchtigen Praktikers, welcher schließlich die ganzen Störungen für »zweifellos hysterischer Natur« erklärte. Eine Exploratio interna war dem Herrn Kollegen nicht gestattet worden. Derselbe glaubte auch darauf verzichten zu dürfen, weil eigentlich nichts auf eine Krankheit des Genitaltractus hindeutete.

Eine andere Pat. war längere Zeit in der Behandlung einer Frauenärztin, welche, wie ich nachträglich erfuhr, die Beschwerden darauf zurückführte, dass der Gebärmuttergrund auf die Blase drückte! Beide Fälle wurden durch Beseitigung der Cysten schnell und dauernd geheilt.

In einem Falle gab die Cyste durch Herabzerren und Verlagerung des Uterus (Retroversio-flexio) Anlass zu heftigen Menorrhagien (Cirkulationsstörungen) und zur Sterilität. Nach Beseitigung der fast hühnereigroßen Cyste an der Grenze des oberen Drittels der rechten Vaginalwand und nach vorübergehender Pessarbehandlung trat im 8. Jahre der bis dahin sterilen Ehe Gravidität ein.

Und in einem weiteren Falle entwickelte sich bei einem 18jährigen, kräftigen Landmädchen, bei einer Virgo intacta, in Folge einer Cyste der vorderen, seitlichen Vaginalwand zugleich mit vollständigem Vorfalle des Tumors ein erheblicher Prolapsus vaginae und ein Prolapsus uteri incipiens, welch letzterer bei

Beginn der Behandlung nur durch das straffgespannte Hymen gerade noch zurückgehalten wurde.

1) Diese Pat. wurde mir am 22. August 1896 überwiesen. Sie war stets gesund gewesen und war seit dem 15. Lebensjahre regelmäßig 4wöchentlich, mäßig blutreich menstruirt. Seit einigen Monaten bemerkte sie bei körperlichen Anstrengungen hin und wieder ein »Drängen« an den Geschlechtstheilen und etwas »Fluss«, bis vor wenigen Tagen bei schwerer Erntearbeit »plötzlich Alles aus dem Leibe stürzte«. Die Untersuchung ergab: hühnereigroßer Prolaps der vorderen, etwas seitlichen Wand, geringgradige Einstülpung der Blase (Bougie), blassröthliche Verfärbung der Schleimhaut über der Geschwulst, der hintere Rand des Hymens bis zum Zerreißen stark angespannt, unmittelbar dahinter und nur durch das Hymen zurückgehalten die Portio, erodirt, mit dem Orificium ext. bereits herausragend. Per rectum: Retroversio ut. mäßigen Grades.

Therapie: Ausschälung (die Gestaltung: ovoid, zog sich nach oben ziemlich spitz aus). Resektion der Schleimhaut, 5 Knopfnähte, Reposition, Heilung.

Mikroskopische Untersuchung: Der zähe, schmutziggelbe, stellenweise etwas klarere Inhalt enthielt reichliche Mengen theils geschrumpfter, theils aufgequollener Cylinderzellen, einzelne Blutkörperchen, Fettkörnchen und Detritus. Die überall ziemlich gleichmäßig 0,3 cm dicke Wand zeigt ziemlich lockeres, unregelmäßig, meist streifig gefügtes Bindegewebe mit vereinzelten cirkulär verlaufenden glatten Muskelfasern; die Innenfläche mit einer einfachen Schicht niedrigen Cylinderepithels ausgekleidet.

2) Schon wenige Tage später, 4. September 1896, konnte ich den Herrn Kollegen einladen, mit mir gemeinsam eine Cyste zu untersuchen, welche dadurch in praktischer Beziehung interessant wurde, dass ohne Zweifel mittelbar durch sie Sterilität verschuldet war. Es war die 32jährige Frau eines höheren Beamten, welche mich nur konsultirte, weil die Periode seit 2 Jahren wesentlich stärker (7—8 Tage) und häufiger (2—3wöchentlich) auftrat. Die Cyste saß an der rechten Wand, ca. an der Grenze des mittleren und oberen Drittels; sie saß breitbasig auf und ragte, mehr in der Längsrichtung der Vagina sich ausdehnend, ziemlich gleichmäßig gewölbt und mäßig gespannt ins Lumen der Vagina hinein. Retroversio-flexio uteri, Endometrium gesund (Cirkulationsstörungen). Bei wiederholter Untersuchung fühlte ich von dem oberen, etwas verjüngten Ende der Cyste ausgehend eine narbenstrangähnliche Resistenz, welche sich bis an die Seitenkante des Uterus verfolgen ließ; am Uterus keinerlei palpable Missbildung. Nach Entfernung der Cyste war der Strang nicht mehr fühlbar; er war also vielleicht nur durch Anspannung entstanden (?).

Therapie: Resektion der Cystenwand, Jodtinktur, Kompression durch 4 Minuten, keine Naht. 6 Monate Thomas-Olshausen-Pessar. Wegen eingetretener Gravidität entfernt. Heilung.

Mikroskopische Untersuchung: Der schwach trübe, bräunlich gefärbte, stark fadenziehende, klebrige Inhalt zeigte zahlreiche, geschrumpfte, rothe Blutkörperchen, vereinzelte Epithelzellen von kubischer Form, Körnchenkugeln, Detritus. Die Wand: bindegewebig mit wenigen Kernen, niedriges Cylinderepithel.

3) 54jährige Frau, seit 5 Jahren Klimax, hat 5 Kinder geboren und war bis auf Anämie und hochgradige Nervosität im Wesentlichen gesund. Seit 2 Jahren zunehmender Harndrang (zeitweise Tenesmus). War desswegen bei einer Frauenärztin in Behandlung. Pat. kam in meine Ordination, ohne mir von früheren therapeutischen Versuchen zu berichten. Uterus und Adnexe durchaus normal. Es fiel mir sofort auf, dass das Septum urethro-vaginale erheblich verdickt war. Wenig druckempfindlich. Durch Bougie wurde eine spindelförmige Erweiterung der Urethra (Fritsch[1]) leicht festgestellt. Ich hakte ein feines Häkchen in die

[1] In J. Veit, Handbuch der Gynäkologie 1897. Bd. II; H. Fritsch, Die Krankheiten der weiblichen Blase. p. 161.

Schleimhaut des Septum und zog ein wenig an, während ich gleichzeitig husten ließ. Sofort trat Harndrang ein. Es war dabei Harn in die Urethra gedrungen. Hier war also der eigentliche Grund der Beschwerden zu suchen, welche um so peinlicher empfunden wurden, als die Pat. den ersten Gesellschaftskreisen angehörte. Probepunktion mit Pravaz erfolglos. Beim Herausziehen der Nadel floß ein für Cysten charakteristischer, zäher, gelblichweißer Schleimpfropf nach. Eine Kommunikation mit der Urethra bestand nicht (J. Veit's bekannter Fall[2]).

Therapie: Incision, Spaltung mit der Schere, um über die Verhältnisse klar zu sehen, dann Resektion, 6 Nähte wegen erheblicher Blutung. Pat. war sofort von ihren Beschwerden befreit und ist gesund geblieben.

Die Diagnose war erschwert, weil, wie sich bei der Spaltung zeigte, das Lumen etwas unterhalb der Mitte eingeengt war. Hier saß die Urethrocele. Entweder war der Hohlraum zweizellig präformirt, oder er war durch entzündliche Vorgänge verändert worden.

Die ganze Länge des eigentlichen Cystenraumes betrug 4,5 cm; die Sonde drang jedoch noch fast 8 cm weiter nach oben und mehr in die Tiefe vor. Die Cyste lag genau in der Mittellinie, der Hohlgang ein wenig nach links davon.

Mikroskopische Untersuchung: Der Inhalt bestand aus zahlreichen Körnchenkugeln und Fett-Tropfen, zahlreichen Cylinderepithelien, einzelnen Cholestearinkrystallen und Detritus. Die Wand war mit nur stellenweise gut erhaltenen, hohen Cylinderepithelien in einfacher Lage ausgekleidet. Das Bindegewebe der Wand war mit zahlreichen lymphoiden Zellen durchsetzt. Längsverlaufende, glatte Muskelfasern in nicht zusammenhängender Schicht.

4) Einfacher lag ein zweiter Fall, welchen ich 2 Monate später beobachtete: 36jährige Virgo, welche zwar »nervös« war, aber keinerlei hysterische Stigmata aufwies. Quälender Harndrang. Per exclusionem musste ich auf eine Erkrankung des Genitaltractus schließen. Die Untersuchung brachte sofort Klarheit. Es handelte sich um eine breitbasig aufsitzende, walnussgroße, sich deutlich in der Längsrichtung ausdehnende, nach oben verjüngte Cyste der vorderen und seitlichen Scheidenwand in der Höhe des Blasenhalses. Ohne Zweifel wirkte der dauernde Zug nach unten als Reiz auf den Blasenhals. Derselbe wurde um so leichter ausgelöst (? »lokale Hysterie« [Fritsch l. c. p. 54]), als die Pat. von der Schulzeit her bis in die Gegenwart stark masturbirte. Pat. war wegen des »Blasenleidens« wiederholt in Karlsbad und Elster. Nach Beseitigung der Cyste blieb sie ohne Beschwerden. Die ganze Angelegenheit — Exploratio interna und »Cyste« — wirkte so überzeugend und suggestiv auf die psychisch empfängliche, sehr begabte Dame, dass sie auch von der Masturbation, anscheinend dauernd, befreit wurde. Dass ich aus therapeutischen Gründen der Pat. gegenüber die Cyste und die Masturbation in kausalen Zusammenhang brachte, lag nahe. Und dass die Pat. mit lebhafter Freude auf diese »Erlösung« einging, lag nicht minder nahe!

Therapie: Resektion, Jodtinktur, Kompression; keine Naht. Irrigationen.

Mikroskopische Untersuchung: Der blassgelbliche, fast klare, fadenziehende Inhalt zeigte nur wenig zellige Elemente, hauptsächlich Detritus und Körnchenkugeln. Einzelne flache Cylinderepithelien. Die Wand war mit flachem Cylinderepithel bekleidet und bindegewebig in ziemlich kompakter Anordnung.

Es seien noch einige Bemerkungen hinsichtlich der Genese gestattet. Trotz sorgfältiger, kritischer Durchsicht der Litteratur können wir nur mehr oder weniger begründete Vermuthungen aussprechen. Es fehlen eben die Serienuntersuchungen, welche übrigens auch nur unter besonders günstigen Verhältnissen Beweiskraft erlangen. Seit v. Winckel's[3] grundlegender Abhandlung und seit

---

[2] Verh. der VII. Vers. d. deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie. Leipzig, 1897.

[3] Archiv für Gynäkologie 1871. Bd. II. p. 383 ff.

G. Klein's[4] schönen Untersuchungen, und durch eben diese neuerdings angeregt, ist diese Frage oft Gegenstand wissenschaftlicher Erörterung gewesen. Es sei gestattet, auf J. Veit's[5] zusammenfassende Darstellung im Handbuche und auf Vassmer's[6] kürzlich erschienene, lichtvolle Abhandlung zu verweisen.

Auf Grund der bisherigen Kenntnisse dürfen wir für die vorstehenden 4 Fälle — über die 3 zufällig entdeckten besitze ich keine ausreichenden Notizen — mit Wahrscheinlichkeit die Gartner-Wolff-schen Gänge in Anspruch nehmen. Nicht entscheidend ist die Größe der Cysten; charakteristisch ist ihr Sitz, charakteristisch auch ihre Gestaltung (in der Längsrichtung sich ausdehnend, nach oben verjüngt, breitbasig aufsitzend). Aus präexistenten Drüsen hervorgehende Cysten müssten wohl stets, sobald sie erheblichere Größe erreichen, Stielbildungen aufweisen, da sie oberflächlich gelegen sind. Ob in Fall 3 eine zweikammerige Cyste vorliegt, ob eventuell in früherem Stadium ein Septum vorhanden war, oder ob die Einschnürung das Produkt entzündlicher Vorgänge darstellt, lässt sich nicht entscheiden. Wäre nicht der sondirbare Hohlgang vorhanden, so müsste sich gerade hier die Frage aufdrängen, ob diese Cyste aus präexistenten Drüsen hervorgegangen sei, welche später konfluirten.

Nicht beweisend in unseren Fällen, aber auch nicht hinsichtlich der Genese aus Vaginaldrüsen, ist der histologische Befund des Inhaltes und der Wandung; doch liegt auch kein Gegenbeweis (Vassmer) in dem Fehlen einer eigenen muskulären oder bindegewebigen Wandungsschicht. Mit Bestimmtheit ausschließen können wir Lymphektasien (Endothel: v. Winckel, Klebs).

Ausdrücklich betont sei, dass in keinem unserer 7 Fälle irgend welche grobanatomischen Anomalien in der Entwicklung des Genitaltractus vorhanden waren. Im Besonderen fehlten Doppelbildungen oder nachweisbare, rudimentäre Anlagen.

Auch sei hervorgehoben, dass die para- resp. periurethralen Gänge (Skene-Kocks) in keinem Falle genetisch in Anspruch genommen werden konnten. Es sei jedoch gestattet, hier eine Beobachtung anzufügen, welche einen weiteren Beweis dafür liefert, dass aus diesen Krypten Cysten entstehen können, welche natürlich mit den eigentlichen Vaginalcysten genetisch eben so wenig zu thun haben, wie die Cysten der Bartholin'schen Drüsen. Vor 6 Jahren hatte ich Gelegenheit, eine Doppelbildung (3.—4. Stufe, v. Winckel)[7]: Uterus bicornis septus c. vagina septa, längere Zeit zu beobachten (2 Aborte, 1 Partus mat.). Die Herren Kollegen Semon und Zedel untersuchten auf meine Einladung gemeinsam mit mir die Pat. Hier

[4] VI. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Wien 1895; VII. Leipzig 1897 und Virchow's Archiv Bd. CLIV. p. 63 ff.

[5] Handbuch der Gynäkologie 1897. Bd. I. p. 335 ff.

[6] Archiv für Gynäkologie 1900. Bd. LX. p. 1.

[7] Über Eintheilung etc. der Bildungshemmungen der weiblichen Sexualorgane Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 251/252. Leipzig, 1899.

zeigten sich zu beiden Seiten unterhalb des Orificium ext. urethrae 3 Öffnungen in der Schleimhaut, von welchen 2 bis auf $2^1/_2$ cm zu sondiren waren. 3 Monate nach dem 2. Abort, welcher mit putrider Absonderung verlief, war der linksseitige Gang in eine haselnussgroße Cyste mit glasigem Inhalte umgewandelt. Wahrscheinlich war die Verklebung septischen Ursprunges.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 9. März 1900.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: Herr Flaischlen.

I. Demonstrationen.

1) Herr Bröse demonstrirt ein perforirtes Kind, dass von einer 28jährigen Erstgebärenden mit einfachem platten Becken (Conjugata vera 9,3) stammt und das so stark entwickelt war, dass es nach der Perforation der abgestorbenen Frucht zumal bei der großen Enge der Weichtheile unmöglich war, die Schultern ins Becken zu ziehen oder an dem vor die Vulva entwickelten Kopfe vorbei den Thorax zu perforiren. Es wurde desshalb der Kopf von dem Rumpfe abgetrennt und dann ein Arm herunter geholt. Da dieser aber bei den Versuchen, die Schultern ins Becken zu ziehen, ausriss, wurde ein Fuß heruntergeholt und dann erst, nachdem das dekapitirte Kind gewendet, gelang es, den Rumpf zu entwickeln. Das ausgeblutete und enthirnte Kind wog noch 3600 g.

In ähnlicher Weise musste B. vor einigen Jahren bei einer VIII-Gebärenden, welche 7mal spontan geboren und ein ganz normales Becken hatte, nachdem in Folge riesenhafter Entwicklung des Kindes die während der Geburt abgestorbene Frucht hatte perforirt werden müssen, nach der Entwicklung des perforirten Kopfes vor die Vulva den Kopf von dem Rumpfe trennen, weil es unmöglich war, die Schultern ins Becken zu ziehen oder an den Thorax mit dem Perforatorium heranzukommen. Nach der Dekapitation gelang es, einen Arm herunterzuholen und den Rumpf zu entwickeln. Damals wog das ausgeblutete und enthirnte Kind noch 5500 g. In so schwierigen Fällen von Entwicklung des Rumpfes nach der Extraktion des perforirten Kopfes schafft die Abtrennung des Kopfes Platz und erleichtert oder ermöglicht überhaupt erst die Entwicklung des Rumpfes.

Herr Olshausen macht darauf aufmerksam, dass die Nothwendigkeit einer Dekapitation nach geborenem Kopfe nur dann eintreten kann, wenn die Schultern gar nicht in das Becken eintreten wollen und in Folge dessen der Kopf dicht an die Vulva gepresst bleibt.

In älteren Zeiten, in denen der Kephalothryptor noch nicht durch den Kranioklast verdrängt war, bediente man sich jenes Instrumentes um die Schultern seitlich zu komprimiren und so den Rumpf zu extrahiren.

2) Herr Saniter demonstrirt drei Nachgeburten, die nach der Methode von Holzapfel in Kiel unter Wasser mit Wasser aufgebläht sind, nachdem vorher der Eihautriss durch hölzerne Klammern verschlossen wurde. Die erste stammt von eineiigen Zwillingen und lässt sehr deutlich die beiden vom Chorion umschlossenen Amnionsäcke erkennen; der 2. Zwilling wurde durch die Scheidewand hindurchgeboren.

S. hat diesen Eisack in aufgeblähtem Zustande versuchsweise 14 Tage lang in Formalinlösung aufbewahrt — mit gutem Erfolge; es bedurfte nur einer geringen Nachfüllung. Solche Präparate lassen sich also in Sammlungen aufbewahren. Der zweite Eisack zeigt eine Placenta bipartita mit velamentöser Insertion der Nabelschnur zwischen beiden Placenten. Der dritte trägt eine normale Placenta, lässt aber mit besonderer Deutlichkeit die Tubenecken erkennen. Zur nachträglichen

Bestimmung des Sitzes der Placenta ist diese Methode des Aufblähens zweifellos die beste. Zur Sicherung der Diagnose, welches vordere bezw. hintere Wand des Eisackes ist, hat S. in mehreren Fällen auf die sich bis vor die Vulva wölbende Blase mit Methylenblau einen Pfeil gezeichnet. Leider wurde in allen Fällen im weiteren Verlaufe der Geburt das Zeichen wieder abgewaschen.

Herr S. demonstrirt sodann eine eineiige Drillingsplacenta mit den dazugehörigen etwa 32 cm langen, männlichen Föten, die alle in Beckenendlage im Verlaufe von $2^{1}/_{2}$ Stunden zur Welt kamen und kurze Zeit gelebt haben. Eineiige Drillinge sind bisher außerordentlich selten beobachtet oder wenigstens beschrieben worden (je ein Fall von Credé, v. Winckel und v. Erlach).

Herr Zangemeister demonstrirt einen Blasenstein, der von ihm durch Kolpocystotomie gewonnen wurde. Derselbe besteht aus 2 Theilen, einem glatten Uratsteine und einem Phosphatansatze. Der Stein ist in 13 Jahren im Anschlusse an 2 Blasen-Scheidenfisteloperationen entstanden; er konnte nur cystoskopisch diagnosticirt werden.

II. G. Klein München (a. G.): Zur vergleichenden Anatomie und Physiologie der weiblichen Genitalien[1].

Auf dem letzten Kongresse der deutschen gynäkologischen Gesellschaft in Berlin konnte gezeigt werden, dass eine große Anzahl von Missbildungen der Genitalien beim menschlichen Weibe Entwicklungszuständen entsprechen, welche bei niederen Säugern das normale Verhalten darstellen: Atavistische Missbildungen. So ist die Entwicklung nur des einen Müller'schen Ganges mit Atrophie des anderen beim Huhn das normale, beim Menschen abnorm. Beutelthiere haben doppelte Scheide, doppelten Uterus, doppelte Tuben; beim Menschen ist diese Entwicklungsstufe als Vagina duplex, Uterus duplex den Hemmungsmissbildungen einzureihen.

Hier handelt es sich um rein anatomische Verhältnisse. Untrennbar mit einer vergleichend anatomischen Beobachtung verbunden ist aber die vergleichend physiologische Beobachtung. Beides den Praktikern, also auch den Gynäkologen, näher zu rücken, ist Zweck folgender Ausführungen, deren erster Theil nur ein Referat darstellt.

1) Die Mammarorgane. Die Monohemen (Schnabelthier, Ameisenigel) legen Eier, welche sie wahrscheinlich bebrüten. Dabei können Eindrücke in die Bauchwand des brütenden Thieres entstehen. »Ein geringes Auseinanderweichen der longitudinalen Fasern des willkürlichen Muskels (der Bauchwand) gab dem Thiere die Möglichkeit, das Ei einzuklemmen und so eventuell bei drohenden Gefahren zu schützen, auch vielleicht fortzutragen (Klaatsch).« Die so entstehende Tasche, die Mammartasche, zeigt nun auf ihrem Grunde Drüsenmündungen; das Mündungsgebiet wurde von Gegenbaur als Drüsenfeld bezeichnet. Nach dem Ausschlüpfen aus dem Eie findet hier das Junge sofort Nahrung: nutritive Funktion der Mammarorgane. In Beziehung mit der Bauchmuskulatur bildet sich nun um die Mammartaschen, deren der Ameisenigel 2 hat, ein gemeinsamer Hautwall, der Beutel, Marsupium. Mammartaschen und Beutel dienen den Jungen zum Aufenthalt und Schutz: protektive Funktion der Mammarorgane. Beide Funktionen finden sich besonders deutlich bei Beutelthieren (Känguruh, Opossum etc.); so legt z. B. das Känguruh nicht Eier, sondern es wirft Embryonen; aber diese sind bei der Geburt erst etwa 2 cm lang, von der Größe eines Schafsembryo von 4 Wochen. Sie bedürfen also der protektiven Organe ganz besonders. Die Mammardrüsen müssen im Bereiche des Beutels liegen, um von den Embryonen erreicht zu werden. Bei höheren Säugern, welche in der Entwicklung weiter fortgeschrittene Junge werfen, ist der Beutel nicht mehr erforderlich, er atrophirt durch Nichtgebrauch und in Folge dessen können die Mammardrüsen ihre ventrale Anordnung verändern und pektoral, ja axillar (Fledermaus) angeordnet sich finden. Dieses Vorrücken nach dem Kopf-

[1] Der Vortrag wurde auf Einladung des vorjährigen Vorsitzenden der Berliner gynäkologischen Gesellschaft gehalten.

ende des Thieres geht Hand in Hand mit einer Bildung, welche Schultze als Milchleisten bezeichnet.

Es findet die erste Anlage der Mammarorgane in zwei Epithelleisten statt, welche ventral sich über Brust und Bauch des Thieres erstrecken, ja durch Verschiebung der Haut auf den Oberschenkel gelangen können (Beobachtung beim menschlichen Weibe). Durch Abschnürung im Bereiche der Epithelleisten entstehen Reihen von Mammarorganen, welche beim Schweine, beim Hunde in größerer Anzahl als das normale persistiren. Beim Menschen pflegt nur 1 Mammarorgan jederseits zu persistiren; wohl aber sind als Atavismus überzählige Warzen (Polythelie) und Brüste (Polymastie) häufig zu beobachten.

Die Zitzenbildung erfolgt, wie Gegenbaur gezeigt hat, in verschiedener Weise. Beim Ameisenigel z. B. findet sich das Drüsenfeld theils flach, also keine Zitzenbildung; theils aber finden sich schon kleine Zitzen (Klaatsch), wohl durch das Ansaugen des Drüsenfeldes durch das saugende Junge bedingt.

Beim Rinde wird nicht das Drüsenfeld selbst zur Warze emporgezogen, sondern ein Cutiswall der Mammartasche wird zu einem röhrenförmigen Kanal verlängert, auf dessen Grunde das Drüsenfeld liegt; vom Melken wird der Name des Organs als »Strichkanal« entnommen. Anders beim Menschen. Hier ist ein Theil des Drüsenfeldes selbst zur Warze ausgezogen; die Mammartasche wird nach außen umgestülpt und zum Warzenhofe, zur Areola. Ontogenetisch ist die Anlage der Mammartasche bei menschlichen Embryonen als Einsenkung des Oberflächenepithels noch zu beobachten. Auch bei einer erwachsenen Frau konnte Vortr. eine Tasche der Areola beobachten, in welcher versteckt eine wohlgebildete Warze sich befand. Man kann also sagen: Im Warzenhofe trug das Weib einst seine Jungen.

2) Die accessorischen Geschlechtsdrüsen des Weibes. Als solche werden die Bartholin'schen Drüsen, die einfach acinösen Schleimdrüsen und die Prostatadrüsen bezeichnet. Letztere wurden früher irrthümlich für die distalen Enden der Wolff'schen Gänge gehalten, von Anderen als para-urethrale Gänge, Skene'sche Drüsen etc. bezeichnet. Entwicklungsgeschichtlich konnten Groschuff und Klein die alte Anschauung von Regnier de Graaf, Leuckart, Virchow, Aschoff als richtig erweisen, der zufolge diese Drüsen die Homologa der männlichen Prostatadrüsen sind. Alle diese Drüsen haben offenbar die Wirkung, durch ihr Sekret das Eindringen des Penis zu erleichtern, die Vulva schlüpfrig zu machen. Aber die vergleichende Physiologie führt noch zur Annahme einer anderen Funktion, zunächst für die Prostatadrüsen des Weibes. Sisselhorst hat gezeigt, dass bei manchen Säugern das Prostatasekret des Männchens, ähnlich dem Sekret der Anal-, Präputial-, Occipitaldrüsen etc., Riechstoffe enthält, welche zur Anlockung des Weibchens in der Brunstzeit und zum gegenseitigen Auffinden der sonst getrennt lebenden Geschlechter dienen. Beim Menschen ist nun der Geruchsinn schlecht entwickelt und die Riechstoffe des Prostatasekretes, vielleicht auch des Sekretes der anderen accessorischen Geschlechtsdrüsen haben diese Wirkung nicht mehr oder nur in veränderter Weise. Denn es erscheint denkbar, dass jene Beobachtung, welche in psychologischen Werken als Cunnilinguus bezeichnet wird, vergleichend physiologisch seine Erklärung findet. Auch sind zahlreiche andere Beobachtungen damit in Zusammenhang zu bringen, z. B. die von Gustav Jaeger, dass junge Mädchen nach dem (nicht sexuellen) Verkehre mit jungen Männern bestimmte Duftstoffe nachweisen lassen. Diese Riechstoffe werden von Thieren mit gut entwickeltem Geruchsvermögen leichter wahrgenommen: Zudringlichkeit männlicher Hunde gegen das Weib.

In allen diesen Fragen bedarf es noch fortgesetzter Untersuchungen und Beobachtungen; das Material zur Klärung muss von den Zoologen und Anthropologen, also im weiteren Sinne auch von den Ärzten gemeinsam zusammengetragen werden.

(Der Vortrag erscheint in extenso in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

---

2) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

484. Sitzung vom 19. Februar 1900.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

Eingangs der Sitzung begrüßt der Vorsitzende den als Gast und Vortragenden anwesenden Herrn Sanitätsrath Dr. Schücking (Pyrmont).

Herr Dr. Bretschneider, Assistent der Frauenklinik, wird zum ordentlichen Mitgliede der Gesellschaft gewählt.

I. Herr Menge: Beitrag zur operativen Sterilisirung der Frau. (Erscheint ausführlich a. a. O.)

M. behandelt Frauen, welche an ausgedehntem Genitalprolaps mit Arbeitsunfähigkeit leiden, wenn sie dem Klimakterium nahe stehen und lebende Kinder haben, durch Scheidenplastik und Alexander-Adams-Operation mit Hinzufügung der Resektion der distalen Tubenhälfte vom Leistenkanale aus und der Annähung der restirenden uterinen Tubenhälfte an die Aponeurose des M. obliquus abdominis externus. Durch diesen Eingriff wird die Frau sicher sterilisirt, ein Recidiviren des Prolapses durch spätere Schwangerschaft verhütet und somit die Arbeitsfähigkeit dauernd hergestellt. Der Uterus gewinnt vermittels der in die Schenkelbeuge eingenähten Tubenhälften einen weiteren Halt. Bericht über 3 Operationen mit Heilung.

Diskussion. Herr Krönig: Besonders schwierig erscheint die Indikationsstellung zu diesem operativen Eingriffe. Herr Menge hat schon mit Recht hervorgehoben, dass wir kaum eine Andeutung einer Indikationsstellung zur Sterilisirung der Frau in der Litteratur finden können und trotzdem ist es gerade hier besonders nothwendig, dass allgemeine Indikationen aufgestellt werden. Unter keinen Umständen ist es angängig, dass man sich hier mit allgemeinen, nichtssagenden Redensarten begnügt, es soll von Fall zu Fall entschieden werden.

Eine Indikation hat ja Herr Menge schon selbst angegeben, das ist die, bei Frauen, welche wegen komplетem Prolaps operirt sind und schon mehrere Kinder geboren haben und welche außerdem nahe der Klimax stehen.

Die Indikationsstellung ist desswegen durchaus berechtigt, weil, wie Herr Menge schon hervorgehoben hat, uns die Erfahrung gelehrt hat, dass nach den scheidenverengernden Operationen bei nachfolgender Geburt stets ein Recidiv des Prolapses eintritt. Vielleicht könnte auch die Phthise unter gewissen Verhältnissen als Indikation der Sterilisirung der Frau dienen. Küstner hat sie in einem Falle von bacillärer Phthise ausgeführt. — Alle Methoden der operativen Sterilisirung haben den einen außerordentlich großen Nachtheil, dass sie meistens die Sterilisirung zu einer dauernden machen. Wenn auch Zweifel bei seiner Methode der Sterilisirung der Frau gerade diesem Umstande Rechnung getragen hat, darf doch nicht vergessen werden, dass, um die Durchgängigkeit der Tuben nach seiner Operation wieder zu erzielen, einmal eine 2. Laparotomie nothwendig ist, also doch immerhin ein lebensgefährlicher Eingriff, und zweitens, dass auch da noch nicht einigermaßen Garantie für den Erfolg der Operation gegeben werden kann.

Man muss sich unter diesen Umständen fragen, warum denn in der Litteratur nur immer die operative Sterilisirung der Frau vorgeschlagen ist. Es wäre wünschenswerh, wenn von der Gesellschaft aus Mittheilungen über die Sicherheit antikonceptioneller Mittel gegeben würden, denn es lässt sich doch nicht leugnen, dass es unser Bestreben sein muss, die Verhütung der Konception, wenn es ärztlicherseits für nothwendig erachtet ist, auf nicht operativem Wege zu erzielen. Alle zur Zeit angegebenen operativen Sterilisationsmethoden sind entweder unsicher oder stellen wie die Excision der Tuben z. B. einen schweren Eingriff dar.

Es ist bemerkenswerth, dass gerade Blumberg uns soeben Mittheilung machte von einem Falle der Breslauer Klinik, wo durch Adhäsion des Darmes an den Uterusstumpf nach Excision der Tube zum Zwecke der Sterilisirung der Frau Ileus nachträglich eintrat; wenn auch die Frau durch eine nachfolgende 2. Laparotomie gerettet ist, so zeigt doch dieser Fall exquisit, welch schwere Folgen ein derartiger Eingriff, ausschließlich zur Sterilisirung der Frau ausgeführt, haben kann.

K. würde es dankbar begrüßen, wenn die Diskussion uns eine etwas genauere Indikationsstellung, einmal zur operativen, dann aber auch zur nicht operativen Sterilisirung der Frau gäbe. Das von Herrn Menge angegebene Operationsverfahren scheint ihm (K.) sehr empfehlenswerth und er beabsichtigt gegebenenfalls nach dieser Methode zu verfahren.

Herr Graefe giebt die Berechtigung der Sterilisirung bei operativer Beseitigung großer Prolapse mit der Einschränkung zu, wie sie heute Herr Menge aufgestellt hat, d. h. für Frauen ganz nahe dem Klimakterium, welche im Besitze mehrerer Kinder sind. Für jugendlichere Frauen aber verwirft er sie selbst dann, wenn sie mehrere Kinder haben, aus den in der vorigen Sitzung angegebenen Gründen. Herrn Krönig stimmt er bei, dass es wünschenswerth sei, zuverlässige antikonceptionelle Mittel bei ganz bestimmten, durch die Gesundheitsverhältnisse der Frau gegebenen Anzeigen zu besitzen. Die heut zu Tage in den Tageszeitungen massenhaft empfohlenen Apparate, Suppositorien etc. sind nach seinen Erfahrungen alle unzuverlässig, nicht zum mindesten das Occlusivpessar von Mensinga. Wiederholt hat er es erlebt, dass er von Ehefrauen wegen Ausbleibens der Menses konsultirt wurde, welche die Möglichkeit einer Schwangerschaft unter Hinweis auf den Gebrauch solcher Sicherheitsmittel bestritten; sie waren aber trotz derselben schwanger geworden. Das einzig zuverlässige antikonceptionelle Mittel ist seiner Meinung nach die Benutzung eines aus gutem Materiale gefertigten Gummikondoms. Es hat auch noch den Vorzug, dass es der Frau jegliche ohne Frage ihr Schamgefühl verletzende Manipulationen an den Genitalien vor oder nach dem ehelichen Verkehre erspart. Das Occlusivpessar hat, abgesehen von dem letzteren Übelstande, den Nachtheil, dass es bei längerem Aufenthalte in der Scheide — und meist entfernen es die Frauen erst nach Tagen, selbst Wochen — zu Sekretretention und häufig Sekretzersetzung führt, die nicht gleichgültig sind.

Herr Windscheid glaubt ein näheres Eingehen auf die auch für ihn sehr wichtig erscheinende Frage der antikonceptionellen Mittel auf ein anderes Mal verschieben zu sollen. Herrn Krönig antwortet er, dass ihm Fälle von nervösen Störungen nach Kondomgebrauche weder beim Manne noch bei der Frau bisher vorgekommen seien.

Herr Zweifel: Wenn es sich um die Sterilisirung von Frauen handelt, welche durch schwere Krankheiten, enge Becken u. dgl. m. bei einer neuen Entbindung in große Gefahr kommen, oder um solche, die erst durch eine eingreifende Operation von einem schweren Leiden geheilt wurden und durch eine neue Entbindung einen Rückfall riskiren, sind gewiss alle Ärzte einverstanden, dass durch Sterilisirung die drohende Gefahr abgewendet werden dürfe: dann aber auch operativ, ja, weil nur operative Verfahren eine genügende Sicherheit geben, nur mit solchen.

So hat sich Z. für Erweiterung der Indikation innerhalb verständiger und sehr eingeschränkter Grenzen bei Prolapsoperationen ausgesprochen, so auch unter Umständen sich für eine Erweiterung der Indikation zur künstlichen Frühgeburt bei Phthise erklärt und in solchem Falle eine überraschend günstige Erfahrung gemacht, nämlich dass eine Frau, bei welcher er wegen Abmagerung und schlechten Befundes der Lungen die künstliche Frühgeburt einleitete, danach von der Lungenphthise geheilt wurde, sich gut erholte, wieder in andere Umstände kam und ein gesundes Kind zur Welt brachte. Sie wäre gestorben, wenn man starr nach dem Grundsatze gehandelt hätte, dass Phthise keine Indikation zur künstlichen Frühgeburt gebe.

Was die Methode betrifft, so ist gewiss das Verfahren von Menge sehr gut bei der Alexander-Adams-Operation: da sie jedoch nie mehr eine Reparation zulässt für den Fall, dass unglücklicherweise solche Frauen ihre Kinder verlieren, so zieht er doch die Durchschneidung der Tube, Ausbrennen der Schleimhaut und Unterbinden der zusammengezogenen Peritonealüberzüge mit Seide der Verlagerung der Tube in den Inguinalkanal vor.

Wenn also zu Gunsten von Kranken der Erweiterung der Indikation für Sterilisirung und künstliche Frühgeburt das Wort geredet wird, so durchaus nicht für

die nicht operativen Mittel und zwar um der Gefahr des Missbrauches mit seinen entsittlichenden Folgen willen.

Es ist doch klar, dass die Praxis von antikonceptionellen Mitteln irgend einer Art nur der Lüsternheit dienen soll und sich in den Dienst einer solchen Tendenz zu stellen, muss jedem Arzte die Sorge um die sociale Achtung verbieten. Derjenige, welcher darin am meisten leistete, hat auch die sociale Achtung verloren. Ich kenne noch ein Beispiel, wo ein junger Kollege, der in aufstrebender Richtung seine Laufbahn begonnen hatte, durch Erfindung von antikonceptionellen Pulvern die Achtung der Kollegen verscherzt hat. Es regt sich in dieser Hinsicht der Instinkt, dass alle solche Thaten die Volkswohlfahrt am Mark der Knochen treffen: denn es hilft der Unsittlichkeit auf und gefährdet in großem Maßstabe das specifisch weibliche Ehrgefühl. Zu solchem Thun dürfen Ärzte keinen Vorschub leisten!

Ich will damit nicht sagen, dass es etwa hier zu Lande mit der Ehrenhaftigkeit der weiblichen Jugend schlimm bestellt sei — sie ist in den höheren Klassen ausgezeichnet — und doch mache ich bei den selbständig stehenden Mädchen des arbeitenden Standes Erfahrungen, die mich dazu bringen, die Schrankenlosigkeit derjenigen Annoncen in öffentlichen Blättern, welche mit wenig verhüllten Empfehlungen von antikonceptionellen Mitteln, mit täglich sich wiederholenden Ankündigungen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten u. A. m. erscheinen, als eine Gefahr für Deutschlands Wohl zu bezeichnen und da die Presse von sich aus keine Abhilfe schafft, es für dringend nothwendig zu erklären, dass die Gesetzgebung mit fester Hand in dieser Beziehung aufräume. Es giebt andere Länder mit unzweifelhaft freisinniger Gesetzgebung, welche solche Annoncen, wie sie selbst gute deutsche Tageszeitungen oft bringen, nicht in den Spalten der öffentlichen Blätter dulden.

Herr Blumberg (als Gast): Ich möchte mir ein Wort zu den Operationsmethoden erlauben, welche Zwecks Sterilisirung der Frauen angegeben sind. Ich hatte in der kgl. chirurgischen Klinik zu Breslau eine Pat. zu behandeln Gelegenheit, bei welcher Herr Geheimrath Küstner vorher die Sectio caesarea mit querem Fundalschnitte ausgeführt hatte; zugleich war bei der Frau, da sie an Phthise litt, die Excision der Tuben vorgenommen worden. Pat. war aus der Frauenklinik am 33. Tage post operationem entlassen worden und war danach gesund, plötzlich erkrankte sie jedoch nach einigen Wochen unter Erscheinungen von schwerem Ileus, wesshalb sie in die chirurgische Klinik aufgenommen wurde. Mein damaliger Chef, Herr Geheimrath v. Mikulicz, führte die Relaparotomie aus, und es zeigte sich hierbei, dass, während die Uterusschnittwunde im Übrigen gut verheilt war, gerade an der rechten Fundusecke, wo die Tube excidirt war, feste Adhäsionen mit einer Darmschlinge und dem Netze bestanden, durch welche der Darm abgeknickt war. Nach Lösung der Adhäsionen wurden noch einige Serosanähte des Darmes angelegt und das Abdomen geschlossen. Wenn nun auch Pat. nach schneller Rekonvalescenz (meiner Erinnerung nach am 9. oder 10. Tage post operat.) geheilt entlassen wurde, so lässt sich aus diesem Falle doch ersehen, dass auch die mehrfach empfohlene Keilexcision der Tuben durchaus nicht als absolut geringfügiger Eingriff angesehen werden kann. Denn ich darf wohl auf Grund des anatomischen Befundes bei der Operation behaupten, dass ohne Excision der Tuben die Pat. nach der Sectio caesarea allein nicht an Ileus erkrankt wäre.

Herr Zweifel weist darauf hin, dass bei seinem Verfahren erst die Tubenschleimhaut durch Ausbrennen zerstört und dadurch ein ziemlich tief hineinragender Trichter gebildet werde, über welchen erst das Peritoneum mit einer Seidenligatur oder mit anderem unresorbirbarem Materiale unterbunden werden soll. Die Trichterbildung ist desswegen wichtig, weil, wie er es selbst erlebt hat, durch die gewöhnliche Unterbindung die Muskulatur der Tuben durchschnitten und durch die hervorquellende Tubenschleimhaut wieder eine dauernde Kommunikation mit den Ovarien einerseits und mit dem Uterus andererseits hergestellt werde.

Herr Blumberg, der die Experimente resp. Präparate von Ludwig Fraenkel zum Theil persönlich kennt, giebt noch weiter an, dass Letzterer zwar Kaninchenuterus und -tube mit einer feinen galvanokaustischen Schlinge durchglüht und den Kanal des Uterus verschorft, dass er jedoch eine Übersäumung des Querschnittes mit dem Peritoneum des Uterus resp. der Tube, wobei Serosaendothel auf Serosaendothel zu liegen gekommen wäre, seines Wissens nicht ausgeführt habe.

Herr Menge (Schlusswort): Kehrer, welcher die Diskussion dieser Frage wieder in Fluss gebracht hat, betont ausdrücklich, dass bei gegebener Indikation ein operativer Sterilisirungseingriff anderen antikonceptionellen Verfahren desshalb vorgezogen werden muss, weil die letzteren insgesammt in ihrer Wirkung unsicher seien.

Herr Zweifel legt besonderen Werth darauf, die operative Sterilisirung der Frau so durchzuführen, dass man später auf operativem Wege die Konceptionsmöglichkeit wiederherstellen kann. Zu dieser Äußerung habe ich zu bemerken, dass der beschriebene Sterilisirungseingriff von mir nicht als selbständige Operation, sondern nur als ein Gelegenheitseingriff vorgeschlagen ist, der bei solchen Frauen zur vaginalen Plastik und der Alexander-Adams-Operation hinzugefügt werden soll, welche dem Klimakterium nahe stehen und an einem durch Pessarien nicht mehr zurückzuhaltenden Genitalprolaps, welcher Arbeitsunfähigkeit bedingt, leiden.

Unter diesen einschränkenden Vorbedingungen dürfte wohl der Wunsch nach einer Rekonstruktion der operativ beseitigten Konceptionsmöglichkeit nicht wieder in Frage kommen.

Herrn Krönig möchte ich erwidern, dass die Indikationsstellung desshalb von mir eine individualisirende genannt wurde, weil die zahlreichen einschränkenden Vorbedingungen für jeden einzelnen Fall nachgewiesen und in ihrer Bedeutung für das eventuell zu operirende Individuum immer wieder genau abgeschätzt werden müssen. Ich habe aber schon betont, dass trotz der Einschränkungen die Indikation gar nicht selten gegeben sein wird, weil auch das Zusammentreffen der geforderten Vorbedingungen nicht selten ist.

Herrn Zweifel's Indikationsstellung bei der operativen Sterilisirung der Frau mit bacillärer Phthise ist auch keine allgemeine, sondern gewissermaßen eine individualisirende. Er hat es soeben ausgesprochen, dass er sich nur dann zur operativen Sterilisirung einer phthisisch kranken Frau entschließen würde, wenn bei dem betreffenden Individuum durch eine vorausgegangene Beobachtung erwiesen sei, dass der bacilläre Erkrankungsprocess durch Schwangerschaft und Geburt ungünstig beeinflusst wurde. Herr Zweifel hat andererseits betont, dass es Fälle von bacillärer Phthise giebt, bei welchen ein deletärer Einfluss von Gravidität und Partus nicht in Erscheinung tritt.

Über die Vererbung der Tuberkulose resp. der Disposition zu derselben schwanken die Ansichten noch immer. Darf man unter diesen Umständen die Indikation zu dem Eingriffe ganz allgemein halten und jede Frau mit bacillärer Phthise operativ sterilisiren, zu diesem Zwecke sogar selbständige Eingriffe vornehmen?

Giebt es nicht Frauen mit gut kompensirten Herzfehlern, Diabetes und anderen chronischen Krankheiten, bei welchen durch Schwangerschaft und Geburt das Leiden in keiner Weise beeinflusst wird? Darf man die genannten chronischen Erkrankungen ohne oder mit Einschränkungen als Indikationen zur operativen Sterilisirung des Weibes gelten lassen?

Diese Fragen kann ich, m. H., nicht beantworten. Sie können, wie ich in meinem Vortrage schon betont habe, nur von operativen Gynäkologen mit großer Erfahrung in Geburtshilfe, welche an klinischem und nicht klinischem Materiale die in Frage kommenden Schwangerschaftskomplikationen häufig gesehen und einige Zeit verfolgt haben, befriedigend erörtert werden.

An diese Herren müssen wir desshalb die dringende Bitte richten, uns den rechten Weg zu zeigen. Es liegen ja schon einige kurze Äußerungen vor. Aber eingehendere Mittheilungen über diese Indikationsstellung fehlen noch.

Wenn die allein urtheilsfähigen Kliniker mit großem Materiale aus der Reserve dieser nur scheinbar delikaten Frage gegenüber rückhaltlos heraustreten und eine bestimmte Richtschnur geben, wird vielleicht manches Unheil vermieden.

Verschiedenes.

3) **E. Schönberg.** Et nyt spondylolithetisk Beekken.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1898. No. 6.)

Der Verf. erzählt von einem Falle — dem dritten in Norwegen observirten — von spondylolisthetischem Becken.

Ätiologie: 24 Jahre alt hat sie sich an einem schweren Kessel überhoben. Der Rücken that ihr gleich weh, doch nur so, dass sie ihre Arbeit fortsetzte. Die Schmerzen im Rücken nahmen die nächstfolgenden Tage zu, doch lag sie nicht zu Bett. Sie ging gerade, wurde aber leicht müde davon, wie auch das Biegen weh that. Nach einem halben Jahre war sie einigermaßen wohl.

40 Jahre alt gebar sie zum 1. Male — Perforation; das 2. Mal Zwillinge. Ihre 3. Entbindung wurde in der Entbindungsanstalt zu Christiana durch Frühgeburt eingeleitet; sie gebar spontan einen todten Knaben (Gewicht 2350 g).

Beckenmaße: D. sp. 26, C. 28,5, Troch. 30, (?) 19,5, Umkreis 88, Körperhöhe 153, Conj. diag. 10,25 cm. **K. Brandt** (Christiania).

4) **B. Vedeler.** Amenorrhoea hysterica.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1898. No. 5.)

Verf. hat in seiner Praxis 317 Fälle gehabt, welche er in folgende Gruppen eintheilt:

Amenorrhoe 37	wirkliche Amenorrhoe	9
	zeitweilige »	28
Suppressio mensium 280	akut wirkende Ursache	10
	konstit. oder lokale Krankheit	175
	Änderung des Aufenthaltortes	77
	Hysterie	10
	kein Grund	8

Verf. meint, dass in einer ganzen Menge von Fällen — und nicht nur die 10 unter Hysterie angeführten — die wirkliche Ursache Hysterie und das übrige Angeführte nur die Gelegenheitsursache ist, was er näher zu begründen sucht durch Krankheitsberichte, den objektiven Befund und das Resultat der Behandlung.

K. Brandt (Christiania).

5) **R. Minervini** (Genua). Zur Katgutfrage. Experimentelle Untersuchungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. Hft. 1 u. 2.)

Dass die Frage der einwandsfreien Katgutsterilisation noch immer nicht gelöst ist, beweisen die stets von Neuem auftauchenden Vorschläge und Diskussionen über dieselbe. Das Rohkatgut enthält in den meisten Fällen keine pathogenen Keime. Für die relative Sterilisirung, d. h. für die Abtödtung der wenig widerstandsfähigen Saprophyten im Darme, genügen alle Methoden, vom Karbolöl bis zur Sterilisation durch Hitzeeinwirkung. Zur Vernichtung aller widerstandsfähigen sporogenen Formen — absolute Sterilisation — genügen dagegen viele der bisher angewendeten Methoden nicht. Bezüglich der Keimfreiheit leisten die Antiseptica bevorzugende Methoden das Beste, aber sie erschweren die Resorbirbarkeit des Materiales und wirken reizend auf das versorgte Gewebe. Alle diese Fragen und Momente hat Verf. sorgfältig studirt und nach 3 Gesichtspunkten zusammengefasst. Diese sind: 1) die Widerstandskraft des Katguts, 2) die Sterilität, 3) die Resorbirbarkeit. Den Verf. auf seinen zahlreichen Versuchen und Schlussführungen zu be-

gleiten, verbietet der zu Gebote stehende Raum. Nur sei der Fleiß und die Vorsicht und Sorgfalt des Verf. anerkannt, die neben der großen Zahl und Varietät seiner Experimente seinen Schlussfolgerungen und seinem Urtheile eine gewisse autoritative Bedeutung geben. Aus diesen seien die wichtigsten Momente angeführt: Trockene heiße Luft bis zu 150° wird vertragen. Das Wasser ist dagegen der schädlichste Feind des Katguts. Formalin und Chromsäure verleihen ihm eine gewisse Resistenz gegenüber dem Wasser, auch dem kochenden gegenüber. In indifferenten Flüssigkeiten mit einem Siedepunkte unter 100°, in Alkohol, Äther und Chloroform, hält es sich unendlich lange und auch durch Kochen oberhalb des Siedepunktes unter Druck verändert es sich nicht, wenn nur die Flüssigkeit wasserfrei ist. In indifferenten Flüssigkeiten mit einem Siedepunkte über 100°, wie Terpentin, Xylol, Glycerin u. A., hält es sich ebenfalls lange, bei erhöhter Temperatur jedoch nur, wenn es vollständig vorher entwässert ist.

Bezüglich der Sterilität genügen durchaus den Ansprüchen die auf Sublimat, Formalin, Chromsäure und Wachholderöl beruhenden Methoden, wenn die Mittel recht lange einwirken.

Das aseptische Verfahren, die Sterilisirung durch trockene oder feuchte Hitze, ist nicht ausreichend. Die gemischten Methoden (Antiseptica und Hitze) genügen, sind jedoch umständlicher und nicht wirksamer, als die einfachen antiseptischen Methoden, deren empfehlenswertheste die Sublimat- oder die Wachholdervorbereitung ist.

Die Frage der Resorbirbarkeit wurde mit Thierexperimenten angegriffen. Es ergab sich, dass das Katgut bei allen Methoden nicht so schnell, wie man bisher geglaubt hat, resorbirt wird; bei Hunden wenigstens ist es noch nach 125 Tagen nachweisbar. Einen großen Einfluss auf die Modalität und Dauer des Resorptionsprocesses übt andererseits die Art der Präparation aus. Die hierbei hauptsächlich thätigen Phagocyten greifen z. B. das aseptische Katgut gleich im ersten Momente an, das antiseptische erst später und zwar am langsamsten das mit Sublimat und Chromöl durchtränkte. Diese beiden Antiseptica haben wiederum den Vorzug, dass sie die am wenigsten aktive chemotaktische Wirkung ausüben.

Verf. kommt also zu dem Schlusse, dass ohne Antiseptica ein zweckentsprechendes Katgut sehr schwer herzustellen ist, dass aber andererseits die antiseptische Behandlung die Resorbirbarkeit wesentlich beeinträchtigt.

Calmann (Hamburg).

6) C. A. Ewald (Berlin). Über Appendicitis larvata.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LX. Hft. 1.)

Das Krankheitsbild unterscheidet sich zunächst durchaus von der Perityphlitis oder Appendicitis in landläufigem Sinne. Es äußert sich vielmehr nur in lange bestehenden, ganz diffusen Magen-Darmbeschwerden mit unregelmäßigem Stuhlgange, Schmerzen an den verschiedensten Stellen des Leibes, besonders vor oder nach der Defäkation; sekundäre dyspeptische Erscheinungen von Seiten des Magens treten hinzu, kurz es besteht das gewöhnliche Symptomenbild eines chronischen Magen-Darmkatarrhs, der aber keiner entsprechenden Behandlung weichen will. Kann man unter solchen Umständen einen erkrankten Wurmfortsatz feststellen, so ist dieser als Urheber aller dieser Erscheinungen anzusehen (Appendicitis larvata). Mit seiner Entfernung können mit einem Schlage alle Beschwerden geheilt sein. Die Krankengeschichten von 3 durch Operation geheilten Pat. belegen diese Anschauung. Am Schlusse seiner Ausführungen weist Verf. den zu erwartenden Einwand zurück, dass die Wirkung der Operation eine rein suggestive gewesen sei; seine Kranken seien nicht hysterisch, seien außerdem nunmehr schon viele Jahre lang gesund.

Calmann (Hamburg).

7) Tuffier und Jeanne. Anatomische Studien bezüglich des Appendix und der Ileocoecalgegend, basirt auf 180 Autopsien.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1899. No. 2 u. 3.)

Die Verff. stellten sich die Frage: Sind die Läsionen, die sich durch die Symptome der Appendicitis verrathen, oft spontan heilbar? Die umfangreiche

Arbeit, in der 151 Fälle auf ihren Befund Betreffs der Fossa ileo-coecalis genau mitgetheilt werden, zerfällt in 2 Abschnitte; im 1. Abschnitte (No. 2) werden die rein anatomischen Ergebnisse mitgetheilt und im 2. Abschnitte (No. 3) die pathologisch-anatomischen Läsionen beschrieben.

Schlussfolgerungen: Die Entzündungen des Appendix scheinen manchmal sehr ernste und selbst tödlich verlaufende Läsionen hervorzurufen, bald nur leichtere peritoneale Alterationen. Man findet sehr oft, ca. in $^1/_5$ bis $^1/_6$ des zur Autopsie verwendeten Materiales peritoneale Läsionen der Fossa iliaca; diese beziehen sich nur auf die Periappendicitis; man muss sorgfältig die Fälle von peritonealen Anomalien, die keinen entzündlichen Ursprung haben, ausscheiden und selbe nicht mit Resten von Appendicitiden verwechseln. Wir können die klinischen Symptome nicht den Befunden bei der Autopsie gegenüberstellen und erklären, in welchem Maße die konstatirten Läsionen die Symptome hervorgerufen. Wir haben kein Beispiel von extraappendikulärem Fremdkörper gefunden; auch keine Spuren von eitriger Appendicitis; aber oft bestehen Andeutungen an gutartige Appendicitiden. Unglücklicherweise gestattet die klinische Untersuchung noch nicht die Unterscheidung zwischen den einzelnen Formen, weder am Beginne, noch im Verlaufe der Erkrankung.

Die klinische Untersuchung, ausgeführt nach jeder nur möglichen Untersuchungsmethode, muss weiter ausgebildet werden; in diesem Sinne müssen solche Untersuchungen weiter verfolgt werden, die vielleicht einmal gestatten werden, für den einzelnen Fall die Prognose festzustellen und so auch die Therapie zweckmäßig zu gestalten.

Wir zweifeln nicht, dass weitere Erfahrungen und klinische Untersuchungen dahin führen werden, spontan heilbare Fälle zu erkennen. Die pathologische Anatomie giebt uns Fingerzeige; das Studium der Symptome bestimmt letztere genauer und so werden andererseits die operativen Indikationen beeinflusst.

Beuttner (Genf).

8) **Fuchs** (Breslau). Beitrag zur Kolpo-Koeliotomia posterior, insbesondere ihrer Verbindung mit der Alexander-Adams'schen Operation.

(Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. IX. Hft. 4.)

In der Asch'schen Klinik wird der hintere Scheidenschnitt und zwar der sagittale gegenüber dem vorderen bevorzugt, weil er den leichteren Eingriff für die Frau bildet, obwohl die bessere Übersichtlichkeit gelegentlich zur Anwendung des vorderen zwingt. Die Pat. werden stets zur Laparotomie vorbereitet. Die Operation wurde 31mal ausgeführt mit 1 Todesfalle, bedingt durch Peritonitis in Folge von Infektion mit dem in den Adhäsionen liegenden Eiter. Es wurden nur Ligaturen angewandt und nur bei vorhandenem Eiter drainirt, sonst die Wunde primär geschlossen. Gewöhnlich waren Adhäsionen zu beseitigen, die bei Gonorrhoe jahrelanges Abwarten des Erlöschens des Infektionsprocesses erfordern, ferner Ovarialerkrankungen, 1mal eine Dermoidcyste. Die Größe der Cysten ist weniger bedeutsam, als die Schwierigkeit, den Umfang der Adhäsionen vorher zu diagnosticiren. Im Anschlusse wurde mehrfach die Alexander-Adams'sche Verkürzung der Ligg. rotunda vorgenommen — 2mal nur einseitig — und stets mit gutem Erfolge. F. hält diese Kombination für sehr wichtig, einer neuen Adhäsionsbildung der Wundflächen vorzubeugen. Eine Operationstabelle ist angefügt.

Roesing (Hamburg).

9) **C. Wippermann.** Untersuchungen über das Gewichtsverhältnis zwischen Fötus und Placenta bei der Albuminurie in der Schwangerschaft.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVII. Hft. 3.)

Die Nachforschungen W.'s betreffen alle Fälle von Nephritis chronica und Nephritis gravidarum, die binnen 7 Jahren zur Zeit Fehling's in der Baseler

Klinik vorgekommen waren. Im Ganzen ergaben sich 11 Fälle von Nephritis chronica und 23 von Nephritis gravidarum. Die gefundenen Zahlen sind übersichtlich in Tabellen zusammengestellt, die Schlussfolgerungen lauten: Zwischen Kind und Placenta besteht zur Zeit der Reife ein bestimmtes Gewichtsverhältnis. Die Albuminurie verursacht eine geringere Entwicklung der Frucht, so dass wie bei der Syphilis das relative Placentargewicht erhöht ist. Diese relative Gewichtserhöhung beruht bei der Albuminurie auf einer Verminderung des absoluten Gewichtes des Kindes, während sie bei der Syphilis durch die Erhöhung des absoluten Gewichtes der Placenta bedingt ist. Bei Nephritis chronica fanden sich keine Fälle ohne Placentarveränderungen und keine im 10. Monate. Die Entwicklung des ganzen Eies ist in diesen Fällen beeinträchtigt und viele Früchte sterben ab, eine Thatsache, auf die Fehling und seine Schüler aufmerksam gemacht und in Zusammenhang mit dem Auftreten der Infarkte gebracht haben.

Courant (Breslau).

10) W. P. Manton (Detroit). Aktiver Konservatismus bei der Behandlung von Uterusfibromen.

(Med. age Vol. XVII. No. 4.)

M. befürwortet bei der Entfernung uteriner Fibrome, zumal bei noch im zeugungsfähigen Alter stehenden Frauen, möglichst die Erhaltung des Uterus und seiner Anhänge zu erstreben. Er berichtet zunächst über einen Fall, in welchem er wegen Pelveoperitonitis chronica und starker Vergrößerung des Uterus beide Anhänge exstirpirte. Nachdem sich die Pat. einige Zeit wohl befunden, traten starke Blutungen auf, welche durch 3mal wiederholte Curettage immer nur für kürzere Zeit nachließen. Nach der letzten stellten sich wehenartige Schmerzen ein; ein nekrotisches submuköses Fibrom wurde festgestellt und zum Theil enukleirt. Darauf septische Erscheinungen. Jetzt erst, nach Dilatation der Cervix, Enukleation eines submukösen und intramuralen Fibroms, beide zusammen von Zweifaustgröße. Genesung.

Die Krankengeschichte zeigt, wie man in ähnlichen Fällen nicht verfahren soll. M. berichtet des weiteren über Abtragung eines gestielten und Enukleation multipler Fibrome auf dem Wege der Köliotomie. Letztere wählt er auch zur Entfernung größerer submuköser und intramuraler Tumoren.

Graefe (Halle a/S.).

11) Schaller. Über Phloridzindiabetes Schwangerer, Kreißender und Neugeborener und dessen Beziehungen zur Frage der Harnsekretion des Fötus.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LVII. Hft. 3.)

Hatten schon frühere Untersuchungen, besonders die von Zuntz, direkt bewiesen, dass der mütterliche Organismus bei der Entstehung des Fruchtwassers betheiligt ist, so gelang es Verf. in der Fehling'schen Klinik, nachzuweisen, dass der Fötus und die fötale Niere nur ausnahmsweise kurz vor der Geburt zur Vermehrung des Fruchtwassers beiträgt. Das Phloridzin eignete sich ganz besonders zu derartigen Versuchen, weil nach seiner Einverleibung der Zuckergehalt des Blutes sinkt und die Zuckerproduktion erst in der Niere selbst erfolgt. Wenn also nach Darreichung von Phloridzin im Fruchtwasser Zucker gefunden wurde, so konnte derselbe nicht durch Transsudation aus dem mütterlichen Blute, sondern allein aus den Harnorganen des Fötus in die Eiblase gelangt sein. Im Ganzen stellte Verf. 34 Versuche an, die sich folgendermaßen rubriciren: 3 Versuche in der früheren Zeit der Schwangerschaft bei Fehl- bezw. bei Frühgeburt, 23 Versuche, bei denen die Phloridzinfütterungen bis zum Beginne der Geburt fortgesetzt wurden, und Versuche mit Aussetzen der Fütterung mehr oder weniger lange vor Beginn der Geburt. Von den Untersuchungungsmethoden am mütterlichen, kindlichen Urin und Fruchtwasser kamen hauptsächlich die Titrirmethode vermittels Fehling'scher Lösung und die Anstellung der Gärungsprobe mit Presshefe zur

Anwendung. Unter 22 Versuchen, bei denen die Fütterung bis zur Geburt fortgesetzt wurde, fielen 6 positiv aus. In diesen scheint in der That intra partum eine geringe Nierensekretion des Fötus stattgefunden zu haben. In 8 Fällen, bei denen 11 Stunden vor Wehenbeginn im Minimum mit der Fütterung aufgehört worden war, enthielt das Fruchtwasser keinen Zucker. Die Untersuchung des kindlichen Urins bestätigte die Arbeiten Fehling's u. A., die schon bewiesen hatten, dass die Funktion der Niere des Neugeborenen langsamer vor sich geht, als die des Erwachsenen, und dass sie erst allmählich in Gang kommt. Während beim Erwachsenen 8 Stunden nach der Einverleibung des Phloridzins keine Spur von Zucker mehr im Urin nachzuweisen ist, wurden im Urin Neugeborener die Maxima von Zucker erst zwischen 27 und 39 Stunden, im Mittel 32 Stunden nach der letzten Fütterung ante partum ausgeschieden. Um die Annahme zu widerlegen, dass durch die fötale Niere ins Fruchtwasser ausgeschiedener Zucker wieder resorbirt werden könnte, spritzte S. bei Hunden Zucker direkt in die Fruchtsäcke. Er konnte das eingespritzte Quantum fast vollständig in allen Fällen aus dem Fruchtwasser wieder gewinnen. Bei den 8 Versuchen, bei welchen mit der Phloridzinfütterung lange ante partum ausgesetzt wurde und kein Zucker im Fruchtwasser nachgewiesen werden konnte, ist es also als ausgeschlossen zu betrachten, dass eine Resorption von Zucker aus dem Fruchtsacke stattgefunden haben konnte. — Eine regelmäßige Sekretion und periodische Exkretion des fötalen Urins ins Fruchtwasser hinein während der Schwangerschaft findet also nicht statt. Das Fruchtwasser der Kreißenden besteht fast ausschließlich aus Transsudat aus den mütterlichen Gefäßen. **Courant** (Breslau).

12) **W. Schülein** (Berlin). Beitrag zur Kastration bei Fibromyomen.
(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 38.)

S. tritt energisch für die Berechtigung der Kastration bei Fibromyomen ein. Er empfiehlt dieselbe 1) bei interstitiellen Myomen, welche ca. dem 4.—7. Monate der Schwangerschaft entsprechen, 2) bei allen größeren oder kleineren Tumoren, selbst wenn dieselben auch subperitoneal entwickelt sind, falls die Kranke derartig geschwächt ist, dass sie einen größeren Eingriff nicht auszuhalten fähig ist. Für die Kastration sprechen die weit günstigeren Mortalitätsverhältnisse nach diesem Eingriffe gegenüber denen nach abdominaler, supravaginaler Amputation bezw. Totalexstirpation. Im Allgemeinen räth S., wenn nicht besondere Anzeichen zum operativen Eingreifen vorliegen, die Neubildung durch zweckentsprechende Hygiene (Schonung während der Menstruation, Enthalten von spirituösen Getränken, leichte, jedoch nahrhafte Kost, mäßige Bewegung in frischer Luft und nicht zu enge Kleidung) zu behandeln. Von Hydrastis, Hydrastinin und Ergotin sah er besonders bei interstitiellen Myomen ab und zu recht günstige Wirkung auf die Blutungen. Auch die Ausschabung des Uterus hat sich ihm in dieser Hinsicht, wenn auch nur vorübergehend, von Nutzen erwiesen. Die Apostoli-sche elektrische Behandlung erfordert die größte Vorsicht.

Lassen die angegebenen Maßnahmen, zumal hinsichtlich der Blutungen, im Stiche, drohen die letzteren den Organismus zu untergraben oder wird die Geschwulst durch ihre Größenzunahme für die Kranke gefährlich, so ist nach des Verf. Ansicht die Kastration unter den oben angeführten Einschränkungen am Platze. Treten nach derselben noch atypische Blutungen auf, so ist desswegen die Operation nicht für misslungen zu erklären, wie dies häufig geschieht, da ja auch bei der physiologischen Klimax die Regel nicht mit einem Schlage aufhört. Ferner ist zu berücksichtigen, dass bei den meisten Uterusfibromen eine mehr oder weniger starke Endometritis besteht. Geht die Atrophie der Schleimhaut mit der Zurückbildung des Uterus nicht Hand in Hand, so kann es eben noch zu Blutungen aus derselben kommen. Nach einer Abrasio mucosae tritt hier leicht Heilung ein. Auch an das Vorhandensein eines Polypen im Corpus uteri so wie an Stumpfexsudate muss man denken.

Bei interstitiellen Myomen tritt eine Schrumpfung mit ziemlicher Sicherheit (90—97%) ein; bei subperitonealen geht sie langsamer vor sich wie bei den ersteren.

— Ein Übelstand, der der Kastration anhaftet, ist das leichte Eintreten von Embolien nach derselben, besonders, wenn es sich um sehr stark entwickelte Gefäße in den Uterusanhängen handelt.

Bezüglich der Technik räth S. bei dem Uterus breit anliegenden Ovarien das Peritoneum zu spalten, jene auszuschälen und dann erst abzubinden, um so ganz sicher alles ovarielle Gewebe zu entfernen.

Verf. berichtet kurz über 9 Kastrationen. Eine Operirte starb am 10. Tage an Embolie. Bei 3 Fällen hörten die Blutungen auf und die Tumoren verschwanden vollständig; bei 4 war die Verkleinerung der Geschwulst recht beträchtlich, aber die Blutungen sistirten nicht vollkommen. In 1 Falle blieb der Tumor unverändert.

Graefe (Halle a/S.).

13) **Nassauer** (München). Zur Behandlung der Blutungen aus dem weiblichen Genitale.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 5.)

N. hat als Assistent Gottschalk's in Berlin ca. 150 Fälle mit Stypticin behandelt, von denen er 50 publicirte, dazu kommen 31 aus seiner Privatpraxis. Das Stypticin bewährte sich überall da, wo die Mucosa nicht gewuchert und wo eine Kontraktion des Uterus nicht der Zweck der Behandlung war; also bei Adnexerkrankungen, bei Myomen, ferner bei Dysmenorrhoe und Menorrhagie der Virgines. Es erscheint ferner indicirt bei drohendem Abort. Über geburtshilfliche Verwendung fehlt N. die Erfahrung. Er verwandte Glutäalinjektion von 0,2 pro dosi oder 4—6mal täglich je 2 Tabletten von 0,05 innerlich. Auch bei Carcinom wirkt es gelegentlich. Üble Nebenwirkung wurde nicht beobachtet.

Roesing (Hamburg).

14) **Weill** (Straßburg). Beitrag zur Entwicklungsmechanik des Geschlechtes.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 2.)

W. versucht physikalische Momente zur Erklärung der Geschlechtsbildung heranzuziehen. Seine interessanten Ausführungen lassen sich kurz etwa dahin zusammenfassen: Da die kinetische Energie (E) sich darstellt als das halbe Produkt aus Masse (M) und dem Quadrat der Bewegungsgeschwindigkeit (V), so ist ersichtlich, dass Beeinflussungen der beiden Faktoren je einen bestimmenden Einfluss auf das Endprodukt haben müssen. In der weiblichen Eizelle, die wenig beweglich ist, überwiegt M, in der Spermazelle dagegen V. Eine ausgiebige, namentlich stickstoffreiche Ernährung der Frau wird M das Übergewicht und somit die Erzeugung von Mädchen erreichen lassen, während auf die Beweglichkeit der Spermazelle ein Einfluss von der Ernährung nicht bemerkbar ist. Andererseits werden aber Gifte, wie Alkohol, Nikotin, Morphium, Toxine etc., die Beweglichkeit besonders schädigen, daher in der Gleichung mehr zum Schaden der Spermazelle sich bethätigen und somit wieder die Zeugung von Mädchen begünstigen, da $\frac{MV^2}{2}(w) > \frac{MV^2}{2}(m)$ wird. Diese schon lange vor Schenk's Publikation vollendete Arbeit kommt also theoretisch zu analogen Schlüssen wie dessen Empierie. Der Verf. stellt die Publikation von mittlerweile vorgenommenen Züchtungsversuchen in Aussicht.

Roesing (Hamburg).

15) **R. v. Braun-Fernwald.** Zur Kasuistik der Komplikation von Schwangerschaft durch einen Ovarialtumor.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 4.)

v. B. berichtet zunächst eingehend über die vaginale glückliche Exstirpation einer mannsfaustgroßen Dermoidcyste bei einer 33jährigen VIIIpara im 5. Graviditätsmonate. Es gelang, die überall verwachsene, von der Flexur nur unter Einreißen der Darmwand trennbare Cyste nach vorheriger Punktion trotz starker

Vaginalblutung rein zu entfernen, ohne Störung der Schwangerschaft. Im Gegensatze operirte Verf. eine 43jährige VIIIpara im 8. Monate abdominal unter Vorausschickung der konservativen Sectio caesarea wegen einer im Douglas fixirten Cyste, welche die Portio stark komprimirte und deren Größe nicht schätzbar war. Er glaubt, dass er denselben Fall heute vaginal angreifen würde. Die Hauptgefahr beim Kaiserschnitte sieht v. B. nicht in der Atonie, sondern in etwaiger Lochialstauung. Kommt der Arzt erst während der Geburt zur Kenntnis eines Cystentumors, so muss er eventuell sich begnügen mit Punktion oder Incision nach Fritsch. Diese Verfahren sind aber nur bei fest verwachsenen Cysten ungefährlich. Wo also die Möglichkeit geboten, sollte stets nach vorausgeschicktem Kaiserschnitte die Cyste abdominal entfernt werden. Der vaginale Weg wird durch den vorrückenden Kindestheil gewöhnlich ungangbar.

Roesing (Hamburg).

16) **P. Bröse. Über die vaginale Radikaloperation bei Beckenabscessen und entzündlichen Adnexerkrankungen.**

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 2.)

Die vaginale Radikaloperation ist nach dem Verf. indicirt einmal bei komplicirten Beckenabscessen, die auf eine andere Weise, wenn überhaupt, dann nur mit Lebensgefahr für die Kranke geheilt werden können, ferner bei eitrigen oder schweren Entzündungen der Gebärmutteranhänge, die bis dahin von sämmtlichen Gynäkologen der abdominellen Salpingo-Oophorektomie unterworfen worden sind.

Eine Gegenindikation zur Operation stellen alle frischen Fälle von Salpingitis dar, sowohl wegen der Gefahr einer Infektion des Bauchfelles als auch, weil sich selbst ausgedehnte Tubentumoren spontan zurückbilden können.

Die Operation wird besonders häufig indicirt sein bei Pat. aus den unbemittelten Volksschichten, die ihre Erwerbsfähigkeit wiedererlangen wollen, nachdem sie vorher in rationeller Weise, d. h. in der Hauptsache mit absoluter Bettruhe, vergeblich behandelt worden sind, oder die trotz gelegentlicher Besserung immer von Neuem an recidivirender Pelveoperitonitis erkranken.

Die im Ganzen 45 Fälle des Verf. von dem Jahre 1896 an umfassen daher, mit einer einzigen Ausnahme der Privatpraxis, ausschließlich poliklinische Pat.

Die bakteriologische Untersuchung des Genitalsekretes in den 45 Fällen ergab 29 Fälle sicher gonorrhoischen Charakters, 15 Fälle unklarer Ätiologie, Gonorrhoe wahrscheinlich, und 1 Fall puerperalen Ursprunges.

Gegenüber der vaginalen Radikaloperation stellt die Entfernung der Anhänge mittels Leibschnitt eine größere Gefahr für das Leben der Pat. dar: B. hatte unter 66 Adnexoperationen aus den Jahren 1893—96 5 Todesfälle und unter 45 Fällen von vaginaler Radikaloperation aus den darauffolgenden Jahren bloß 1 Todesfall.

Aber ganz abgesehen von der Mortalität sind die Dauerresultate beider Operationsmethoden grundverschieden. Recht häufig kommen nach wohlgelungenen Adnexoperationen Stumpfexsudate oder Neuinfektionen des Bauchfelles vom zurückgebliebenen Uterus aus zur Ausbildung, während der Verf. bei der Radikaloperation per vag. über 96,5% Dauerheilungen verfügt.

Die der vaginalen Radikaloperation gemachten Vorwürfe sind sämmtlich nicht stichhaltig. Selbst konservativ kann man verfahren, wenn man nach dem Vorbilde des Verf. die Operation mit dem vorderen Kolpotomieschnitte einleitet, mit dem Finger bimanuell die erkrankten Anhänge untersucht, sie eventuell dem Auge zugänglich macht, und dann die Art der Operation mit grundsätzlicher Zurücklassung aller gesunden Organe den vorliegenden Verhältnissen anpasst.

Bezüglich der Operationstechnik des Verf. und der Nachbehandlung sei auf die leicht verständliche Darstellung des Originals verwiesen. Hervorheben möchte ich nur, dass B. Betreffs der Blutstillung nicht die Naht und auch nicht die Klemmenbehandlung, sondern die Angiothrypsie als die Methode der Zukunft ansieht. In seinen 3 letzten Fällen bediente er sich mit vorzüglichem Erfolge der Hebelklemmen nach Thumim, obschon 2 von diesen Fällen die schwersten Operationen dieser Art unter sämmtlichen 45 waren. **Scheunemann** (Breslau).

17) **T. W. Eden** (Edinburg). Über die mikroskopischen Kennzeichen zurückgehaltener Schwangerschaftsprodukte.

(Edinb. med. journ. 1898. November.)

Die Arbeit interessirt und hat ihren Werth weniger darin, dass sie uns etwa was Neues böte, als vielmehr durch die klare Art der Darstellung und die guten Illustrationen. Das »Deciduoma malignum« nennt übrigens Verf. das letzte Enfant prodigieux kontinentaler Pathologen. **Zeiss** (Erfurt).

18) **L. Guinard** und **Hochwelker** (Lyon). Zum Übergange flüssiger Stoffe vom Fötus auf die Mutter.

(Lyon méd. 1899. Februar 5.)

Die Verff. operirten mit Rosanilin, Strychnin, Strophantin und Akonitin. Sie fanden den korrekten, bekannten Übergang solcher Stoffe, dem Fötus injicirt, auf die Mutter und zwar um so prompter, je jünger die Föten waren. Der Übergang blieb aber jedes Mal aus, wenn der Fötus vor der Injektion getödtet war (durch Strychnin oder Strophantin in genügender Dosis), so dass Verff. nicht anstehen, das Leben des Fötus als Bedingung des Überganges färbender oder toxischer Substanzen aus seinem in den mütterlichen Stoffwechsel aufzustellen. Bei der Besprechung dieser Mittheilung in der Soc. nat. de méd. de Lyon fragt Vinay, wie dieses Resultat mit dem häufigen Erscheinen von Aceton im mütterlichen Urin nach dem Absterben des Fötus stimme? **Zeiss** (Erfurt).

19) **H. O. Pantzer** (Indianapolis). Erkrankungen der Nase als Ursache septischer Infektion nach Operationen.

(Amer. journ. of obstetr. 1899. November.)

P. berichtet über einen Fall, in welchem nach einem Bauchschnitte Erscheinungen von Septikämie auftraten. Die Wunde wurde wieder geöffnet, es fand sich jedoch nichts Pathologisches. Gleichzeitig bestand ein heftiger Nasenkatarrh mit starker eitriger Absonderung; derselbe wurde durch antiseptische Ausspülungen behandelt. Danach ging das hohe Fieber rasch herab, der bedrohliche Zustand verschwand.

P. wirft die Frage auf, ob nicht auch in anderen Fällen von Septikämie nach Operationen, bei welchen eine Ursache nicht aufzufinden ist, eine Infektion von der Nase aus erfolgt. **Engelmann** (Kreuznach).

20) **H. O. Werder** (Pittsburg). Zwei Fälle von Dystokien nach Ventrofixation.

(Amer. journ. of obstetr. 1899. November.)

Unter einer zahlreichen Menge von Ventrofixationen hat W. 5mal Schwangerschaft beobachtet, welche bis zum Ende gelangte. In 2 derselben hat er sehr schwere Erscheinungen beobachtet. In beiden Fällen machte die Geburt trotz tagelang anhaltender Wehen keine Fortschritte, der Muttermund blieb hoch oben und hinten im Becken, so dass trotz Narkose keine Kindstheile zu erreichen waren. In dem 2. Falle wurde der Kaiserschnitt gemacht, in dem ersten Alles zu demselben vorbereitet, als im letzten Moment noch die abgestorbene Frucht unter heftigen Wehen in Steißlage spontan geboren wurde, wie W. annimmt, hatten durch die heftigen Kontraktionen die Verwachsungen sich gelöst.

W. ist der Ansicht, dass nicht die Ventrifixation an und für sich für die schlimmen Folgen verantwortlich zu machen sei, sondern ihre fehlerhafte Ausführung. In dem 1. Falle war es zur Eiterung gekommen, in dem zweiten war die Verbindung eine sehr feste und hatte noch einen Theil der hinteren Uteruswand betroffen.

Engelmann (Kreuznach).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. **Sonnabend, den 26. Mai.** **1900.**

Zur Kasuistik verschiedenartiger Geschwülste an den Genitalorganen.

Von

Dr. Holz in Berlin.

Es sei mir gestattet, die Kranken- und Operationsgeschichte eines von mir in Gemeinschaft mit meinem Kollegen Dr. Keiler im November 1899 operirten Falles, in dem neben einer rechtsseitigen Ovarialcyste ein myomatöser Uterus exstirpirt wurde, in extenso mitzutheilen.

Frau S., 41 Jahre alt, Waschfrau, hatte 3 Geburten, die letzte vor 8 Jahren, durchgemacht, außerdem abortirte sie 1894. Seitdem litt sie an Blutungen, die alle 14 Tage sehr stark auftraten, 3—8 Tage lang dauerten und die Frau, welche schwer arbeiten musste, erheblich schwächten. Außerdem klagte die sehr anämische Pat. über Kreuz- und Leibschmerzen und Drang zum Urinlassen.

Die objektive Untersuchung ergab, dass das Cor der Pat. gesund und der Urin frei von Eiweiß war. Bei der Untersuchung per vaginam fühlt man im hinteren Scheidengewölbe hinter dem vergrößerten Uterus einen harten Tumor, der das

kleine Becken ganz ausfüllt und nicht beweglich erscheint. Der Tumor ist von den Bauchdecken aus nicht zu fühlen, per rectum ist die Geschwulst oberhalb des vergrößerten Uterus zu fühlen. Adnexe sind beiderseits zu fühlen. Die Portio ist weich, der Uterus hart, groß und gleichmäßig gewölbt, seine Größe entspricht der Größe eines schwangeren Uterus am Ende des 2. Monates. Eine Sondirung fand nicht statt, da es schon bei der Untersuchung erheblich blutete, und die Größenzunahme des Uterus durch die Palpation feststand.

Es wurde beschlossen, den Tumor, der als ein von der hinteren Wand des Uterus ausgehendes subseröses Myom angesprochen wurde, zu entfernen. Vor der Operation wurden der ausgebluteten Pat., um sie der eingreifenden Operation gegenüber möglichst widerstandsfähig zu machen, eine Woche lang täglich mit einem Darmrohre Kochsalzklystiere applicirt, die nach einem Reinigungsklystiere, das Pat. zu Hause vornahm, ihr in der Poliklinik beigebracht wurden. Jedes Klystier, das körperwarm in der Menge von 1 Liter applicirt wurde, wurde gut vertragen und resorbirt. Auf diese prophylaktische Methode werde ich mir später zurückzukommen erlauben.

Am 1. Nobember 1899 wurde in Äthernarkose die Laparotomie gemacht. Es zeigte sich nun, dass die Diagnose irrthümlich war. Der als subseröses Myom angesprochene Tumor erwies sich als eine rechtsseitige Ovarialcyste von über Apfelgröße. Dieselbe war im kleinen Becken eingekeilt und hatte in Folge dessen die Konsistenz eines Myoms vorgetäuscht; ein Stiel war desshalb nicht zu fühlen gewesen, weil die Geschwulst hinter dem vergrößerten Uterus lag und wegen der Raumbeschränkung sich nicht bewegen ließ. Es gelang leicht, den Stiel der Cyste in 3 Partien in der üblichen Weise mit Katgut abzubinden. Da nun die Ovarialcyste nicht die Ursache der langdauernden starken Blutungen sein konnte, der Uterus auch deutlich vergrößert und verlängert war, musste die Ursache der Blutungen in myomatöser Entartung mit Bildung multipler Myome liegen. Da es nun bei der Pat., die mehrere Kinder besaß, auf Erhaltung des Uterus in irgend einer Form nicht ankam, sondern vor Allem darauf, sie auf dem schnellsten und sichersten Wege arbeitsfähig zu machen, so wurde beschlossen, den Uterus herauszunehmen und zwar die totale vaginale Hysterektomie mit Abklemmung der Ligg. lata mittels Doyen'scher Dauerklemmen vorzunehmen. Zur supravaginalen Amputation mit intraperitonealer Stielversorgung entschlossen wir uns nicht, in Übereinstimmung mit Schauta (1), der die Totalexstirpation der Amputation der Dauerresultate wegen vorzieht, von Martin (2), den Exsudate, Narben und Verwachsungen am Stumpfe veranlassten, von der Amputation zur Totalexstirpation überzugehen, von L. Landau (3), der außer auf die Verschlechterung der Dauerresultate durch Malignität des Stumpfes (Chrobak, Jacobs u. A.) auf die Möglichkeit der Blutung, Jauchung und Nekrose des Stumpfes hinweist. Die totale vaginale Exstirpation des Uterus ziehe ich, sobald sie, wie in unserem Falle, möglich ist, in Übereinstimmung mit Schauta und L. Landau vor. Denn Landau hat zweifellos Recht, wenn er behauptet, dass die Allgemeinwirkung bei Coeliotomia per abdomen eine ungleich schwerere ist, als bei Coeliotomia per vaginam. Aus diesem Grunde wurde die Bauchhöhle geschlossen. Die Operation fand nach Übergang von der Beckenhochlagerung in die Steiß-Rückenlage in der üblichen Weise statt, ich legte dann beiderseits je eine gerade Doyen'sche Klemme an, doch war es sehr schwer, wegen der Größe des Uterus die Klemmen anzulegen. Zuerst wurde das linke Lig. lat. abgetrennt, bei dem Abschneiden des rechten Lig. lat. entstand vor der vollständigen Abtrennung, da die rechte Klemme nicht hoch genug hinaufreichte, eine sehr starke Blutung aus der A. uterina. Der Puls der Pat. wurde sehr klein, sie kollabirte. Desshalb wurde, um die Blutung möglichst rasch zu beseitigen, von mir schnell die Bauchhöhle eröffnet, während der Assistent mit einem großen Gazetampon an der blutenden Stelle mit Erfolg Kompression ausübte, der blutende Theil des Lig. lat. mit einer Klemme von oben gefasst und die in der Vagina liegende Klemme lateralwärts von der eben angelegten emporgeschoben. Hierauf hörte die Blutung sogleich auf. Es wurde nun schnell der vollkommen abgeschnittene Uterus nach unten durchgezogen, die

Bauchwunde mit tiefen Seidennähten ohne Etagennaht geschlossen und reichlich mit dem sehr empfehlenswerthen Aristol bestreut. Während der Verband angelegt wurde, wobei auf Bedeckung der Wunde mit reichlicher Gase und Kompression mit Heftpflasterstreifen Werth gelegt wurde, wurden seitens der Assistenten warme Kognak- und Kochsalzklystiere mit ca. 200 g Kognak, im Ganzen 3—4 Liter; auf dem Operationstische gemacht. Während der Operation hatte ein Assistent bereits wiederholt subkutan physiologische Kochsalzlösung in die Mammagegend, im Ganzen etwa $^1/_2$ Liter, injicirt. Dieser Prophylaxe vor, während und gleich nach der Operation hat es die hochgradig anämische und bei der Operation kollabirende Pat. zu verdanken, dass sie mit dem Leben davonkam. Der Puls war nach der Operation überraschend gut, die Rekonvalescenz vorzüglich. Es trat kein Erbrechen auf, die Schmerzen seitens der Klemmen waren nur mäßig, Stuhlgang erfolgte am 2. Tage. Die Klemmen wurden nach 3mal 24 Stunden abgenommen. Die Bauchwunde heilte p. p., wobei die außerordentlich gut austrocknende Wirkung des von mir in vielen anderen Fällen mit Erfolg erprobten Aristol (Bayer) sich zeigte. Am 14. Tage p. op. verließ Pat. die Klinik. Sie erfreut sich einer vortrefflichen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit.

Das Präparat, das durch die Operation gewonnen wurde, erwies sich 1) als eine über apfelgroße Ovarialcyste, 2) als ein Uterus, der multiple interstielle Myome enthielt. Die Länge des Uterus betrug $12^1/_2$ cm, sein Umfang 16 cm, die Wanddicke $2^1/_2$ cm.

Im Anschlusse an diesen kasuistischen Beitrag möchte ich auf den außerordentlichen prophylaktischen Werth der physiologischen Kochsalzlösung für anämische Kranke vor eingreifenden Operationen hinweisen. Dass die Bekämpfung der akuten Anämie durch physiologische Kochsalzlösung von außerordentlichem Werthe ist, steht hinlänglich fest. Für die Geburtshilfe ist dies ausführlich dargelegt von Bacon (4), Cholmogoroff (5), der besonders die Kochsalzlösung in der Form der Kochsalzklystiere für die meisten Fälle empfiehlt, für die schwereren Blutverluste die subkutanen, für die schwersten die intravenösen Infusionen. Auch für die Kochsalzklystiere tritt Schmid (6) ein. Vorwiegend für die Applikation der Kochsalzlösung in subkutaner resp. intravenöser Form treten ein Benckiser (7), Maygrier (8) und Olivier (9). Maygrier hält die intravenöse Infusion für die nützlichste Applikationsart, auch dann erfolgreich, wenn selbst die subkutane Infusion im Stiche lässt, er benutzt für die Infusion die V. mediana des Vorderarmes und infundirt $1^1/_2$—2 Liter. Auch Olivier bevorzugt die intravenöse Injektion und zwar verwendet er eine 1%ige Lösung, als Apparat eine Flasche mit Schlauch, für die subkutane Injektion eine starke Spritze, während Cholmogoroff den Cantani'schen Apparat in Anwendung bringt. Bei Mastdarmklystieren, deren Nützlichkeit Olivier nicht in Abrede stellt, empfiehlt er Zusatz einiger Tropfen Tinct. Opii.

Für die Blutverluste nach gynäkologischen Operationen, die im Allgemeinen nicht die Höhe der in der Geburtshilfe vorkommenden Blutverluste erreichen, genügt die Applikation in subkutaner und rectaler Form. Lebhaft befürwortet die Anwendung J. G. Clark (10), Doyen (11) und vor Allem Fritsch (12) in seinem Vortrage über Nachbehandlung nach Laparotomien, der nachdrücklichst auf den prophylaktischen Werth der 38,5° warmen, subkutanen Salzwasser-

infusion während und von warmen Klystieren sogleich nach jeder schweren Laparotomie hinweist. Wer, wie ich in unserem Falle, die überraschende und erstaunliche Wirkung dieser Prophylaxe selbst beobachtete, die unzweifelhaft eine bessere Antisepsis darstellt wie manche bakteriologisch erprobte, wird nicht nur bei jeder länger dauernden Operation, gleichviel welcher Art, dieselbe anwenden, sondern auch den prophylaktischen Werth von Flüssigkeitszufuhr in Gestalt von Kochsalzlösungen vor einem schweren Eingriffe würdigen. Dass Salzeinspritzungen vor der Operation überall, wo die Vitalität der Kranken herabgesetzt ist, vortheilhaft sind, hat Boise (13) beobachtet, der vor der Operation Salzeinspritzungen in die Venen macht, wie überhaupt nach H. Wiggin (14) es äußerst wichtig ist, mindestens eine Woche vor der Laparotomie für reichliche Flüssigkeitsaufnahme zu sorgen. Am einfachsten scheint es mir, es so zu machen, wie es in unserem Falle geschehen ist, d. h. einige Stunden nach einem Reinigungsklystiere ein Liter warmer Kochsalzlzlösung mit dem Darmschlauche einlaufen zu lassen. Denn diese Methode ist nicht nur in der Klinik, sondern auch ambulant ausführbar, daher allgemein zu verwenden.

Litteratur:

1) Schauta, Internat. Gynäkologenkongress in Amsterdam, 11. August 1899; ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 35.

2) Martin, Verhandlungen der Gesellschaft für Gynäkologie, 24. Mai 1899; ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 22. p. 649.

3) L. Landau, Berliner med. Gesellschaft, 7. Mai 1899; ref. in der Allgem. med. Centralzeitung 1899. No. 49 und Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 22.

4) Bacon (Chicago), Medicine 1897. Oktober; ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1898. No. 28. p. 756.

5) Cholmogoroff, Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 161. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1896.

6) Schmid, Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 25. p. 821.

7) Benckiser, Graefe's Sammlung Bd. I. Hft. 7.

8) Maygrier, Obstétrique 1896. No. 4; ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 10. p. 284.

9) Olivier, Obstétrique 1897. Januar; ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 32. p. 993.

10) Clark (Baltimore), Amer. journ. of obstetr. 1897. Juni; ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1898. No. 13. p. 342.

11) Doyen, Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 35. p. 1066.

12) Fritsch, 71. Naturforscherversammlung in München; ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 40. p. 1216.

13) Boise (Grand Rapids, Mich.), Med. news 1898. September 10; ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 14. p. 388.

14) H. Wiggin (New York), Lancet 1898. April 30; ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1898. No. 45. p. 1231.

---

1) B. S. Schultze (Jena). Lehrbuch der Hebammenkunst.

Leipzig, Wilhelm Engelmann, 1899.

Die 12. Auflage des Lehrbuches der Hebammenkunst liegt vor uns. Der Name und die reiche Erfahrung des Verf. bürgen schon an sich dafür, dass auch mit der neuen Auflage des bekannten Buches etwas Hervorragendes geboten wird, und eine neue Auflage derselben bedarf nicht der Empfehlung des Recensenten. Möchte auch die 12. Auflage eben so Verbreitung unter den Hebammen finden, wie ihre Vorgängerinnen und dadurch ein Segen für die gebärenden Frauen werden. Die Anordnung des Stoffes und der Inhalt sind zur Genüge bekannt und bedürfen nicht der Erörterung an dieser Stelle. Dass der Verf. die Ergebnisse der Forschungen der letzten Jahre bei der Neubearbeitung des Buches gebührend berücksichtigt hat, bedarf wohl nicht der Erwähnung. **Hohl** (Bremerhaven).

---

2) C. Breus und A. Kolisko (Wien). Die pathologischen Beckenformen.

Wien, **Franz Deuticke,** 1900.

Das vorliegende Buch ist der erste Theil des I. Bandes eines größeren Werkes über die pathologischen Beckenformen. Seit Litzmann's Werk über das Becken erschienen, ist es neben den Arbeiten von Schauta das einzige zusammenhängende Werk über diesen Gegenstand geblieben. Trotz vieler fleißiger Arbeiten sind wir in der Lehre vom pathologischen Becken nicht sehr weit über die Litzmann'schen Anschauungen hinausgekommen. Nach Ansicht der Verff. hat dies seinen Grund darin, dass die anatomische Untersuchung der Beckenformen nicht genügend in den Vordergrund trat. »Wo wirkliche Erfolge zu verzeichnen sind, dort danken wir sie dem unbeirrten Aufsuchen und der getreuen Verfolgung anatomischer Thatsachen.« Die Verff. haben sich daher die Aufgabe gestellt, eine anatomische Schilderung der abnormen Becken mit Bezug auf ihre Genese zu geben. Sie wollen versuchen, die einzelnen Typen von pathologischen Becken zu charakterisiren, ihre Entstehung zu erklären und dieselben in einem auf ihrer pathologischen und ätiologischen Zusammengehörigkeit basirendem Systeme auf den ihnen zukommenden Platz zu rangiren. Wenn wir von dem ersten Theile auf das ganze Werk schließen dürfen, so ist dasselbe als eine hervorragende Berreicherung der wissenschaftlichen Litteratur anzusehen. Von den 116 Figuren des vorliegenden Theiles sind 110 Originalabbildungen.

Leider verbietet der knapp bemessene Raum eines Referates auf Einzelheiten einzugehen und es kann nur eine allgemeine Schilderung der Anordnung des Stoffes und des Inhaltes gegeben werden.

Im allgemeinen Theile verbreiten sich die Verff. über die Entwicklung der Kenntnisse von den pathologischen Beckenformen und

die Ursachen ihres geringen Fortschrittes in den letzten Decennien, über Beckenmessung, über graphische und bildliche Darstellung der Beckenformen und über ihre Entstehung. Endlich geben sie eine Eintheilung (System) der Beckenanomalien und zwar folgen sie dem ätiologischen Eintheilungsprincipe. Dabei entstehen 5 Hauptgruppen, deren erste — abnorme Becken als Folge von Störungen der embryonalen Entwicklung und des extra-uterinen Wachsthums — im ersten Bande des Werkes abgehandelt wird. Zu dieser Gruppe gehören die Missbildungsbecken, Assimilationsbecken, Zwergbecken, Riesenbecken, Rachitisbecken und dimensionale Anomalien, von denen die ersten drei im vorliegenden ersten Theile ihre Besprechung finden.

Zu der ersten Gruppe, den Missbildungsbecken, gehören:

1) das gygogagische Becken,
2) angeborene Spaltbildungen am Becken;
   A. Spina bifida { a) Becken mit Rachischisis, b) dysgygische Becken.
   B. Symphysenspalte: Spaltbecken.
3) Becken mit Ossifikationsdefekten des Kreuzbeines.

Zu den Assimilationsbecken gehören:

1) das hohe Assimilationsbecken;
2) das quer verengte Assimilationsbecken;
3) das mitten platte »
4) das niedere »
5) das asymmetrische »

In dem dritten Abschnitte, der über das Zwergbecken handelt, werden zunächst eingehend die verschiedenen Arten der Zwerge (chondrodystrophische, echte, kretinistische, rachitische und hypoplastische) besprochen und anschließend daran die denselben entsprechenden Beckenformen.

Auf Einzelheiten einzugehen verbietet, wie gesagt, der Raum. Möchte das Werk sich einen angesehenen Platz in der medicinischen Fachlitteratur erwerben. **Hohl** (Bremerhaven).

---

3) **Czerny** (Heidelberg). Warum dürfen wir die Parasitentheorie für die bösartigen Geschwülste nicht aufgeben?

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 1.)

Unter den in Deutschland wenig zahlreichen Anhängern der Lehre von der parasitären Entstehung der bösartigen Geschwülste ist C. als einer der eifrigsten und wohl auch einflussreichsten Vorkämpfer bekannt. Auch die vorliegende Arbeit ist nichts weiter als ein Glaubensbekenntnis in dieser Richtung. Den durch die histologische Forschung gewonnenen Gründen für die gegentheilige Anschauung, die doch eigentlich in der Erkenntnis der Ursachen, ja selbst in der Differenzirung der Geschwülste noch nicht über den Standpunkt Virchow's hinausgekommen seien, stellt er die parasitäre

Theorie entgegen, als vorläufig einzigen Weg weiter zu kommen. Unter gänzlicher Vernachlässigung der anatomischen Forschung legt er seinen Bemühungen, für diese Theorie einzutreten, seine reichen und sehr geschickt und scharfsinnig ausgenützten klinischen Beobachtungen zu Grunde und gelangt dabei zu Schlüssen, die gewiss manchen Widerspruch herausfordern, aber jedenfalls zu weiterem Nachdenken und Beobachten auf dem vom Verf. eingeschlagenen Wege anregen. Die erste Ursache für die Entstehung einer Geschwulst bilden Anlagen allgemein ererbter oder lokal erworbener Natur. Bei der Schaffung solcher Dispositionen spielen die sattsam bekannten Reize eine große Rolle, die C. nochmals eingehend berücksichtigt, wobei er dem Schmutze eine große Bedeutung zuschreibt und in der Reinlichkeit eine nicht zu unterschätzende Prophylaxe gegen den Krebs sieht. Diese Sauberkeit soll sich auch auf die Nahrung erstrecken (Kochen derselben).

Für die parasitäre Theorie spricht dann die Übereinstimmung der Geschwulstbildung und die Wachsthumsart der Sarkome mit den Vorgängen bei anerkannt parasitären Krankheiten, wie Tuberkulose, Aktinomykose, Lepra u. A. Die Ausbreitung des Sarkoms von einem Lymphdrüsenpackete auf das andere giebt ihm das Gepräge einer chronischen Infektionskrankheit, eben so wie es oft unmöglich ist, eine scharfe Grenze zwischen entzündlicher Neubildung und echten Tumoren zu ziehen. Der Verlauf einer jeden bösartigen Geschwulst macht durchaus den Eindruck einer Autoinfektion, die von einem Herde ausgehend, den ganzen Organismus in Mitleidenschaft zieht. Der primäre Herd kann durch eine Infektion von außen zu Stande kommen, es ist dies sogar wahrscheinlich, aber der positive Nachweis der Geschwulsterreger steht noch aus. Es handelt sich dabei nicht um eine kontagiöse Krankheit im gewöhnlichen Sinne, die Übertragung von einem Individuum auf das andere ist eine ganz exquisite Ausnahme, aber die Annahme einer Implantationsmetastasie besteht zu Recht. Die angenommene Erblichkeit des Krebses betrachtet Verf. als endemischen Vorgang.

Von den noch wenig erforschten Geschwulsterregern nimmt er an, dass sie Enzyme produciren, welche die Degeneration und Proliferation der Zellen in specifischer Weise anzuregen im Stande sind. Bezüglich der Therapie kann C. anscheinend keinen rechten Zusammenhang mit der parasitären Theorie konstruiren. Aus den Erfolgen der palliativen Behandlung, wie der Auskratzung und Ätzung, der Injektion von bakteriellen Gemischen nach Coley, die zur Rückbildung oder auch Heilung führen können, leitet er den Schluss ab, dass zahllose krebsartige Erkrankungen einer spontanen Rückbildung fähig sind. Trotzdem betrachtet er die Operation als beste Behandlungsmethode, hegt aber die Hoffnung, dass ein specifisches Heilmittel oder mehrere vielleicht auch nicht specifische Mittel gegen den Krebs gefunden werden. Diese Aussicht hält er für den großen

Vorzug der parasitären Theorie, die zwar noch nicht bewiesen sei, aber mindestens dieselbe Berechtigung habe wie andere Hypothesen.

Calmann (Hamburg).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

4) Verhandlungen der britischen Gesellschaft für Gynäkologie.

(Brit. gyn. journ. 1899. Mai—August.)

Sitzung vom 9. Februar.

Eine Anzahl Präparate werden vorgelegt, an die sich eine kurze Diskussion knüpft.

A. Mayo Robson berichtet über einen Fall von vollständiger Entfernung des Fötus und Fruchtsackes bei vorgeschrittener ektopischer Schwangerschaft.

Die Schwangerschaft war 2 Monate über die normale Zeit fortgeschritten. Bei der Operation fanden sich zahlreiche Verwachsungen des Fruchtsackes, doch gelang es, dieselben zu lösen und letzteren vollständig auszuschälen. Vollständig glatte Heilung.

R. ist der Ansicht, dass in Fällen, wo der Fötus zwischen den Darmschlingen liegt, der Nabelstrang zu durchtrennen und die Frucht zu entfernen ist. Ist die Placenta an der ausgedehnten Tube angewachsen, so kann der Versuch gemacht werden, sie zu entfernen, ist sie jedoch mit Darm und großen Gefäßen verwachsen, so ist Tamponade mit Gaze und Drainage vorzuziehen. Ist der Fötus im Fruchtsacke, so soll derselbe geöffnet und der Fötus entfernt werden, hierauf ist der Sack genau zu untersuchen, ob die Entfernung möglich ist. Im Bejahungsfalle thut man gut, zunächst die Uteringefäße zu unterbinden, um dann den Sack auszuschälen, feste Verwachsungen, die sich schwer lösen lassen, mögen zurückgelassen werden.

Einen weiteren Fall von ektopischer Schwangerschaft berichtet J. M. Lawrie.

In der Diskussion bemerkt Bland Sutton, dass bei Fällen von vorgeschrittener Schwangerschaft man keine Regeln für die Operation aufstellen könne. Alles richte sich nach den Verhältnissen. Immerhin sei es ein sehr gewagtes und häufig verhängnisvolles Vorgehen, den Versuch der Entfernung des Sackes zu machen.

In gleichem Sinne spricht sich Bantock aus.

Sitzung vom 9. März.

Jellett (Dublin) zeigt einen myomatösen Uterus, der theilweise carcinomatös degenerirt war. J. bemerkt, dass solche Fälle häufiger vorkommen, als gemeinhin angenommen werde.

G. Granville Bantock hält einen sehr eingehenden Vortrag über Moderne Doktrin der Bakteriologie.

B. war bekanntlich seit jeher ein Gegner der modernen Bakteriologie und wendet weder Antisepsis noch Asepsis in seiner großen operativen Praxis an. Er leugnet jeden Einfluss der Mikroben auf die Krankheiten und glaubt weder an Koch'schen oder Löffler'schen Bacillus noch an Gonokokken. Bei seinen Operationen wendet er nur große Reinlichkeit im alten Sinne an, wäscht Hände und Instrumente sorgfältig mit Seife und Wasser und hat trotzdem nach seiner Angabe mindestens dieselben guten Resultate wie der strengste Antiseptiker, wenn nicht bessere, und sieht eben so selten Eiterung wie jener. Eingehend sucht er die Theorie Lister's zu widerlegen.

In der eingehenden Diskussion, welche diesem Vortrage folgt und an welcher auch u. A. einige Bakteriologen von Fach Theil nehmen, findet Bantock den entschiedensten Widerspruch, doch verzichten die Meisten darauf, Bantock im Einzelnen zu widerlegen und zu bekehren. MacFaden, der sich als Gast an der Diskussion betheiligt, bemerkt, dass er einen solchen Vortrag niemals in einer

wissenschaftlichen Gesellschaft gehört habe, er sei gern bereit, über strittige Fragen zu diskutiren, doch müssten dieselben in ernster Weise vorgetragen werden.

Parsons bedauert, dass ein so hervorragender Chirurg solche irrige Ansichten über Pathologie hegen könne.

Jessett kennt Bantock's operative Thätigkeit und meint, dass Eiterungen bei ihm doch nicht so selten vorkommen, wie Bantock es hinstellt.

Godson würde bedauern, wenn Bantock's Vortrag das Vertrauen der Geburtshelfer in die Wichtigkeit der Anti- und Asepsis erschüttern würde.

Ähnlich sprechen sich Lawrie, Routh, Hebert, Addinsell, Jellett aus. Der Präsident Macnaughton Jones betont, dass solche Lehre äußerst gefährlich sei, um so mehr, da sie vorgetragen werde von Jemand, der mit Recht einen so hohen Ruf als Chirurg erlangt habe. Um 30 Jahre sollte die Uhr der medicinischen Wissenschaft zurückgerückt werden. Es sei durchaus nothwendig, dass die British Gynaecological Society ein unzweideutiges Verdikt in dieser Frage ausspreche.

Sitzung vom 23. März.

C. Ryall berichtet über mehrere von ihm operirte Fälle. In dem einen handelte es sich um Ruptur der Bauchwunde nach Hysterektomie wegen Myom. Die Naht war eine sehr sorgfältige gewesen, Peritoneum, Muskeln, Fascien, Haut besonders vereinigt. Die Heilung verlief sonst glatt, doch zeigte sich anhaltende Übelkeit. Am 5. Tage nach der Operation zeigte sich plötzlich nach heftigen Schmerzen hochgradiger Collaps, der nach Analeptica und intravenöser Injektion physiologischer Salzlösung vorüberging, nach einigen Stunden jedoch wieder auftrat. Es fand sich nun, dass die Hautnähte an einer Stelle nachgegeben hatten und bei Eröffnung der Bauchwunde zeigte sich, dass die 2 tieferen Lagen der Suturen vollständig sich gelöst hatten; trotz Wiedervereinigung ging Pat. nach einigen Stunden zu Grunde. Die Sektion ergab nichts Bemerkenswerthes, ausgenommen, dass die Bauchwunde nirgends Tendenz zur Heilung zeigte.

W. Ramsay demonstrirt mehrere Präparate von Operationen.

J. Oliver: Adenom des Endometriums — Hysterektomie — Heilung.

Der Uterus war von der Größe einer Schwangerschaft im 3. Monate und wog 28 Unzen. Das Endometrium zeigte eine Unzahl von weichen Hervorragungen von verschiedener Größe, bis zu einer Walnuss. Die meisten saßen mit breiter Basis auf, einige waren gestielt. Die Muskelschicht des ganzen Uterus stark verdickt und infiltrirt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte Adenome.

O. betont, dass in diesem Falle die Erkrankung kaum als eine maligne zu betrachten sei, da ihr erstes Auftreten wohl 10 Jahre zurückdatire (die Pat. war 34 Jahre alt) und der 1. operative Eingriff, Ausschabung, vor 4 Jahren gemacht worden, und zwar mit gutem Erfolge.

Sitzung vom 13. April.

W. J. Smyly (Dublin) hält einen Vortrag über Tod nach Bauchschnitt. Er bespricht die einzelnen Todesursachen, am eingehendsten beschäftigt er sich mit dem Chok, den er mit Fritsch als durch Herzschwäche bedingt auffasst. Als beste präventive Mittel gegen denselben sorgfältige Überwachung des Herzens, rasches Operiren, möglichste Schonung des Darmes, hohe Temperaturen des Operationsraumes. Nach Eintreten des Choks neben Stimulantien die Einführung physiologischer Salzlösung in die Venen.

An Ileus hat er 2 Pat., und zwar lange Zeit nach der Operation verloren. Neben Paralyse des Darmes bei Peritonitis ist die Hauptursache in Verwachsungen des Darmes mit wunden Flächen zu suchen oder in Bildung von Bindegewebssträngen. Der Leib ist möglichst frühzeitig wieder zu öffnen und die Verwachsungen, wo möglich, zu lösen.

Thrombosis ist eine seltene Todesursache. S. verlor eine Kranke 3 Wochen nach der Operation an derselben. Über Tetanus fehlt ihm eigene Erfahrung. Über Peritonitis ist er im Zweifel, ob dieselbe stets septisch sei. Er nimmt eine traumatische Peritonitis an, welche besonders dann auftritt, wenn der Darm lange

exponirt und vielfach berührt worden ist. Es findet sich dann heftiges Erbrechen, starker Schmerz im Unterleibe, Tympanitis, rascher, kleiner Puls, Fieber. Die beste Behandlung besteht in dem von Lawson Tait angegebenen, starken Abführen. Howard Kelly hat nachgewiesen, dass bei ihr keinerlei Mikroben in der Bauchhöhle aufzufinden waren.

Über die wichtigste Todesursache, die Sepsis, ist nichts Neues zu sagen. In der Behandlung derselben hat S. das meiste Vertrauen zu dem Alkohol, von der Serumbehandlung hat er keinen Erfolg gesehen. Wiedereröffnung der Bauchhöhle und Auswaschen derselben kann er nicht empfehlen.

In der Diskussion bemerkt zunächst Sinclair (Manchester), dass er an die nervöse Ursache des Choks nicht glaube, Blutung spiele wohl die Hauptrolle.

An der weiteren Diskussion betheiligen sich Walter (Manchester), Elder (Nottingham), Taylor (Birmingham), Heywood Smith, Buxton, welcher den Einfluss des Chloroforms auf die Entstehung des Choks betont, Eastes (Folkeston), T. Smith, Ryall.

Sitzung vom 11. Mai.

H. Snow: Großes Cystosarkom der Mamma.

J. W. Taylor (Birmingham): Behandlung der gonorrhoischen Salpingitis.

Nachdem jahrelang die operative Behandlung als die einzig richtige und erfolgreiche angesehen wurde, hat sich in den letzten Jahren eine Reaktion bemerkbar gemacht. Mit der genaueren Kenntnis und besseren Diagnose lässt sich eine sorgfältige Unterscheidung der verschiedenen Grade des Leidens erzielen und damit eine Individualisirung der Fälle; wir wissen nun besser, was wir von interner Behandlung und Ruhe erwarten können und die Operation besteht nur für die geringere Anzahl der Fälle zu Recht, jedenfalls wird dieselbe viel weniger in Anwendung gezogen, wie vor einigen Jahren noch. T. glaubt die Beobachtung gemacht zu haben, dass Fälle von gonorrhoischer Salpingitis, welche mit Syphilis komplicirt waren, ohne operative Behandlung zur Heilung kommen. Er führt 4 solcher Fälle eingehend vor. Da nicht anzunehmen ist, dass die Syphilis ein Antagonist der Gonorrhoe ist, so erklärt sich T. die Thatsache so, dass dieselbe Behandlung, welche gegen Syphilis wirksam ist, auch einen günstigen Einfluss auf die gonorrhoische Erkrankung ausübt. T. hat daher eine größere Anzahl von Fällen von gonorrhoischer Salpingitis einer Behandlung mit Quecksilber oder Jod unterzogen und damit sehr bemerkenswerthe Erfolge erzielt. Er führt eine Anzahl Fälle an.

Wo es sich um ausgedehntere Pyosalpinx handelt, kann die allgemeine Behandlung natürlich keinen Erfolg haben. Aber auch in solchen Fällen ist die bisher vielfach übliche Behandlung, die Entfernung der einen oder selbst beider Tuben zu modificiren. Es genügt dann häufig, dem Eiter nach außen Ausgang zu verschaffen, durch einen ausgiebigen Schnitt von der Scheide aus mit nachfolgender Drainage und Ausspülen.

Selbstverständlich werden noch Fälle genug bleiben, in denen nur die Entfernung der erkrankten Tuben Heilung schaffen kann, in einer großen Anzahl von Fällen jedoch wird man sicher mit der milderen Methode der Behandlung zum Ziele gelangen.

T. stellt zum Schlusse seines umfangreichen Vortrages folgende Leitsätze auf, die hier kurz eine Stelle finden mögen:

1) Fälle, in welchen gonorrhoische Salpingitis mit Syphilis komplicirt ist, werden durch antisyphilitische Behandlung günstig beeinflusst, derart, dass mindestens die wichtigeren physikalischen Erscheinungen der Erkrankung langsam und dauernd verschwinden.

2) Viele Fälle von einfacher gonorrhoischer Salpingitis werden durch antisyphilitische Behandlung geheilt, vorausgesetzt, dass keine Komplikationen mit Streptokokkeninfektion schwerere entzündliche Reizungen bedingen.

3) Akute Pyosalpinx kommt vorwiegend links vor, wahrscheinlich bedingt durch sekundäre Infektion vom Mastdarme aus; in solchen Fällen ist die breite

Incision von der Scheide aus mit Drainage der Entfernung der Anhänge vorzuziehen.

4) Solche Fälle heilen oft dauernd; wenn nicht, so ist auch hier der Versuch mit antisyphilitischer Behandlung geboten.

5) Verschluss der Tuben, Adhäsionen etc. können natürlich nicht durch die specifische Behandlung beeinflusst werden.

6) Es werden immer noch Fälle übrig bleiben, in welchen die Entfernung der Anhänge das einzige Mittel zur Heilung ist.

In der Diskussion bemerkt zunächst A. Foulerton, dass er vielfach untersucht habe, welche Mikroorganismen sich im Eiter von Pyosalpinx finden. Er hat aus der Litteratur 459 Fälle zusammengestellt. Darunter konnte 85mal Gonococcus gefunden werden. In 60% der Fälle wurden keine Mikroben entdeckt. Hier ist anzunehmen, dass im Laufe der Zeit dieselben abgestorben waren.

Taylor's Ansicht kann er nicht beistimmen. Eine entzündete Tube sei eine solche Gefahr für die Kranke, dass je eher dieselbe entfernt werde um so besser. Übrigens würde bei der ursprünglichen Behandlung der Gonorrhoe oft genug der Fehler gemacht, dass eine Vaginitis durch Einspritzungen etc. behandelt würde, während doch der erste Sitz der Infektion in der Vulva, Harnröhre und dem Cervicalkanale sich finde.

W. Travers hat dieselbe Erfahrung wie Taylor gemacht, dass Merkur günstig den entzündlichen Process in den Tuben beeinflusst.

C. Ryall, Routh, Hodgson, Elder, Giles, Macnaughton Jones stimmen im Wesentlichen Taylor bei und betonen die Wirksamkeit des Quecksilbers auch bei gonorrhoischen Affektionen.

Sitzung vom 8. Juni.

W. N. Haultain: Über Deciduoma malignum.

H. konnte 90 Fälle zusammenstellen, meistens aus Deutschland berichtet. In England wurden nur 6 Fälle beschrieben, 1 in Schottland. Er bespricht die Krankheit eingehend und berichtet über einen Fall eigener Beobachtung.

Mendes de Leon (Amsterdam) spricht über allgemeine Störungen, welche in Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane ihre Ursache haben.

Er giebt eine erschöpfende Darstellung des Gegenstandes auf Grund ausgedehnter Erfahrung und redet der gynäkologischen Untersuchung bei Fällen allgemeiner Erkrankung, deren Ursache unklar ist und die der gewöhnlichen Behandlung nicht weichen, das Wort auch dann, wenn keine subjektiven Beschwerden bestehen, welche auf eine Erkrankung der Genitalorgane hinweisen.

Engelmann (Kreuznach).

Geburtshifliches.

5) **R. Olshausen** (Berlin). Über Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe und Gynäkologie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 45.)

Der O.'sche Aufsatz ist die Wiedergabe eines bei der Eröffnung der Klinik gehaltenen Vortrages. In der Einleitung desselben betont er, dass es entweder in der Vagina normalerweise keine pathogenen Mikroorganismen giebt, oder die Virulenz der letzteren für gewöhnlich abgeschwächt sei. Die klinischen Thatsachen scheinen ihm mehr für die letztere Annahme zu sprechen. Die im Wochenbette plötzlich eintretende Veränderung des Nährbodens (Lochialsekretion) für die vaginale Flora kann die fast verloren gegangene Virulenz pathogener Keime wiederherstellen. So ist eine sog. Spontan- oder Autoinfektion, ausnahmsweise sogar eine letale, möglich. Die erste Aufgabe des Praktikers bleibt es aber stets, durch eine sichere Sterilisirung der Hände und Instrumente die Bedingungen für das Zustandekommen einer Übertragungsinfektion zu verhüten. Es gilt dies nicht nur

für die Untersuchung bezw. Operation Kreißender, sondern auch für die Schwangerer, obwohl für die letzteren die Infektionsgefahr erfahrungsgemäß minimal ist. Auf eine sorgfältige Händedesinfektion bei den Touchirübungen legt O. nicht nur wegen der doch immer möglichen Infektion großen Werth, sondern auch noch aus einem anderen wichtigen Grunde, weil nämlich die Studirenden hier die Desinfektion der Hände lernen und einüben sollen.

Für die geburtshilflichen Operationen stellt O. eine Gefährlichkeitsskala auf. An der Spitze derselben stehen die künstliche Einleitung der Frühgeburt, zumal wenn die Einführung von Bougies oder Kolpeurynter öfters wiederholt werden muss, und vor Allem die manuelle Lösung der Nachgeburt. Für die letztere befürwortet er den Gebrauch der von Döderlein empfohlenen Gummihandschuhe. Auf die prophylaktische Desinfektion der Vagina vor Anlegung der hohen Zange oder Wendung legt er keinen besonderen Werth, erklärt sie aber bei der Lösung der Placenta für eine nicht zu unterlassende Sicherheitsmaßregel.

In dringenden Fällen (schnell auftretende Verlangsamung der kindlichen Herztöne, Blutungen, innere Verblutung bei geborstener ektopischer Schwangerschaft) befürwortet O. eine beschleunigte Desinfektion, bestehend in Abreiben der nöthigen Instrumente mit Alkohol, dessgleichen der Hände nach kurzer Seifenreinigung, bei nöthiger Köliotomie in Einseifen des Leibes, Rasiren und kurzem Abwaschen mit Alkohol. Eine tiefe Narkose ist unnöthig.

Zum Schlusse weist O. darauf hin, dass bei langwierigen Operationen die Gefahr der Infektion steigt; eine allzu lange Dauer derselben ist daher zu verhüten und aus diesem Grunde sind zu rigorose, zeitraubende Desinfektionsmaßregeln zu unterlassen. **Graefe** (Halle a/S.).

6) **M. Perret** (Paris). Die »äußere Kopfmessung« bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

(Obstétrique 1899. No. 6.)

Die Methode Ahlfeld's giebt zu vielen Irrthümern Veranlassung und ist desshalb von ihm selbst verlassen (? Ref.).

P. misst vermittels des von ihm modificirten Budin'schen Kephalometers den fronto-occipitalen Durchmesser, von der gefundenen Zahl muss 1) die Dicke der Bauchwand abgezogen werden; 2) werden weitere 25 mm abgezogen, um den biparietalen Durchmesser des fötalen Schädels zu erhalten. 11 genaue Beobachtungen von Budin und 3 von Maygrier werden mitgetheilt.

Unter 186 Messungen waren 36 exakte; 140mal wurde das Maß zu klein gefunden; aber nur in 10 Fällen wurde ein größerer Messfehler als 5 mm begangen. **Beuttner** (Genf).

7) **F. Heymann.** Über Methode und Indikationen der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Erfahrungen aus 107 Fällen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 2.)

Von diesen 107 Fällen sind 53 die seit der Gründung des Mannheimer Wöchnerinnenasyls in demselben beobachteten Fälle von künstlicher Frühgeburt; 44 und 10 Fälle von künstlichem Abort, welche der Leiter des Asyls, Mermann, in seiner Praxis behandelt hat. Was den 1. Theil der breit angelegten Abhandlung — die Methode der Frühgeburt — anbetrifft, so ist zu bemerken, dass sich Mermann und seine Schüler fast ausschließlich der Krause'schen Bougiemethode zur Einleitung der Geburt bedient haben. Die große Menge der verschiedenen Methoden erklärt sich Verf. aus dem Bedürfnisse, den Zeitraum zwischen Einleitung und Geburt immer mehr zu verringern. Die schnelle Wirksamkeit ist aber nicht als Zeichen für die Vortrefflichkeit der Methode anzusehen; vielmehr kommen die Resultate Betreffs der Kinder in Betracht. Bei räumlichem Missverhältnisse ergiebt die künstliche Frühgeburt im Asyl das sehr gute Resultat von 64% lebend entlassenen Kindern, ein Ergebnis, das für die Kinder in diesen Fällen nur durch den Kaiserschnitt verbessert werden kann. Für die Mutter ist die Krause'sche

Methode ein absolut ungefährlicher Eingriff. In 52 Asylfällen betrug die Zeit von der ersten Einführung bis zur Beendigung der Geburt durchschnittlich nur 35¾ Stunden. Ein sehr gutes Ergebnis, das vielleicht mit der eigenartigen Technik zusammenhängt, über welche daher noch einige Worte gesagt sein mögen. Die benutzten Bougies waren rothe, amerikanische mit einem Durchmesser von 8—10 mm, also sehr dicke. Dieselben werden, nachdem ein Seidenfaden am unteren Ende befestigt ist, nebst den Mandrins 10 Minuten in Sodalösung gekocht und unter Leitung des Fingers mit Mandrin in die Cervix hochgeschoben. Ist die Bougie zur Hälfte im Uterus, wird der Mandrin ein Stück zurückgezogen, so dass bei der weiteren Einführung die Bougie sich selbst den Weg sucht und etwa vorhandenen Hindernissen ausweicht. Nach vollständiger Entfernung des Mandrins wird endlich die Bougie vollständig bis über den inneren Muttermund hinaufgeschoben. In 41 Fällen des Asyls genügte das einmalige Einführen einer Bougie, von 10 weiteren Fällen genügte in 8 eine zweite neben die erste eingeführte, um entweder die spontane Geburt zu bewirken oder die Geburtswege genügend zur operativen Beendigung zu erweitern. Von Wichtigkeit scheint für den baldigen sicheren Erfolg das unbegrenzte Liegenlassen der Bougie zu sein; selbst 4—5 Tage bleibt die sterile Bougie ohne irgend welchen Schaden liegen. Meistens ist dies jedoch bei der Technik, bei welcher ein Theil der Bougie in der Scheide bleibt und von Tampons gehalten wird, nicht zu erreichen.

Im 2. Theile — über die Indikationen — bringt uns Verf. nichts wesentlich Neues. Seltene Indikationen zur Frühgeburt oder zum Abort bilden im Interesse der Mutter Zustände, welche andauernde quälende Beschwerden verursachen, deren Ende vor der Entbindung nicht zu erwarten ist. Dahin gehören: Athembeschwerden durch Hydramnion und intensive wehenartige Schmerzen, deren Ursache häufig Endometritis ist. Auf derselben Grundlage kann sich ein Krankheitsbild entwickeln, das nach seinem hauptsächlichsten Symptom als Schwangerschaftsfieber zu bezeichnen ist. Bei Nephritis, Herzfehler und Tuberkulose soll möglichst frühzeitig mit der Unterbrechung vorgegangen werden, da erfahrungsgemäß der für die Mutter oft verhängnisvolle Fortgang der Schwangerschaft in einem großen Theile der Fälle das kindliche Leben doch nicht erhält. Verf. ist wie Andere der Ansicht, dass die Indikation für den künstlichen Abortus in allen diesen Fällen nur im Vereine mit mindestens einem Kollegen und individualisirend zu stellen ist. Der 2. Theil der lesenswerthen Arbeit enthält sehr interessante, für den Praktiker werthvolle Krankengeschichten. **Courant** (Breslau).

8) **W. H. Becker.** Ein Beitrag zur Statistik der künstlichen Frühgeburt.

Inaug.-Diss., Kiel, 1899.

44 Fälle aus der Frauenklinik zu Kiel. Als seltenere Indikationen seien hervorgehoben: habituelle Uterusatonie, Hysterie und Nephritis graviditatis.

Fast 50% Mortalität der Kinder, wo Erkrankung der Mutter die Indikation gab. Meist Bougie oder Kolpeurynter; bei letzterem größere Kindersterblichkeit. In der Hälfte der Fälle künstliche Beendigung der Geburt.

Engelmann jun. (Bonn).

9) **A. Glaser.** Über die Methoden zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1899.

20 Fälle. Empfehlung der Cohen'schen Methode — intra-uterine Injektion von 1—2 Liter Flüssigkeit — auf Grund von im Ganzen 7 Fällen wegen prompter Wirkung und Ungefährlichkeit des Verfahrens. **Engelmann jun.** (Bonn).

10) **Deibel (Mannheim).** Kann Phthise als Indikation zur Einleitung der Früh- resp. Fehlgeburt gelten?

Inaug.-Diss., Heidelberg, 1899.

Die im Titel der Arbeit enthaltene Frage wird für die Fälle bejaht, in denen die für die Prognose im Allgemeinen recht ungünstigen Kehlkopferkrankungen

auftreten oder in denen eine Lungenphthise deutliche Fortschritte mit zunehmendem Verfalle der Körperkräfte macht. Die Unterbrechung der Schwangerschaft schafft dann allein Erleichterung und ist unter Umständen im Stande, eine Lungenphthise günstig zu beeinflussen. Ausführliche Krankengeschichten aus der Heidelberger Frauenklinik und dem Mannheimer Krankenhause sind beigegeben. Mit Rücksicht auf die große Sterblichkeit der Kinder ist es unter den genannten Bedingungen falsch, das Leben der Kinder zu berücksichtigen und das normale Schwangerschaftsende abzuwarten. **Stoeckel** (Bonn).

11) **Bollenhagen.** Beitrag zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 3.)

Die künstliche Frühgeburt wird in der Würzburger Frauenklinik eingeleitet:

1) bei engem Becken mit einer Conj. vera von etwa 7—8 cm, wenn vorher ausgetragene Kinder trotz Kunsthilfe todt geboren wurden, und wenn das vorhandene Kind aller Voraussicht nach am Ende der Gravidität das Becken spontan nicht passiren könnte. Die Zeit der Ausführung ist gewöhnlich die 36. Woche.

2) bei organischen Erkrankungen der Mutter. Wenn es irgend ausführbar ist, wird wenigstens die 34. Woche abgewartet.

Als Methode der Einleitung der künstlichen Frühgeburt wird seit ca. 10 Jahren die Jodoformgazetamponade der Cervix vorgenommen. Die einzelnen Tampons (1—3) sind in einigen Gramm sterilen Glycerins getränkt und werden ev. einmal oder mehrere Male nach je 24 Stunden erneuert. In einer Reihe von Fällen führt diese Tamponade der Cervix allein zur Entstehung einer geregelten Wehenthätigkeit und zur Beendigung der Geburt. Ist das nicht der Fall, so wird die Tamponade, sobald die Cervix durchgängig geworden ist, mit der intra-uterinen Kolpeuryse vertauscht. Die Art des Kolpeurynters wird dem jedesmaligen Falle entsprechend aus den verschiedenen vorhandenen Modellen ausgewählt. Nach Herausnahme des Kolpeurynters wird entweder eine Kopflage bei berechtigter Aussicht zum spontanen Geburtsverlaufe oder eine Beckenendlage hergestellt, sobald eine Handhabe zur schnellen Extraktion gewonnen werden soll.

Die Anzahl der künstlichen Frühgeburten wegen engen Beckens betrug 15 (seit 10 Jahren) bei im Ganzen 12 Frauen, indem bei 3 Pat. der Eingriff je 2mal vorgenommen wurde. Einmalige Tamponade in 3, mehrmalige Tamponade ebenfalls in 3 Fällen, 7mal Einführung des intra-uterinen Kolpeurynters, 1mal wiederholte Tamponade und dann Einführung einer Bougie, 1mal Quellstift und Tamponade.

Alle Mütter machten ein gesundes Wochenbett durch.

Von den Kindern wurden 10 lebend und 5 todt geboren, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, dass bei 2 der todt geborenen Kinder die Vera bloß 6 bis 7 cm maß.

Unter 36 vorhergehenden Geburten derselben Frauen waren im Ganzen nur 6 Kinder lebend geboren worden.

Die Frühgeburt wurde im Interesse der Mutter 8mal eingeleitet, und zwar 4mal (mit 2 Todesfällen) bei Kyphoskoliose mit hochgradigen Athembeschwerden, 1mal bei nicht kompensirtem Herzfehler, 1mal bei Osteomalakie und je 1mal (beide starben) wegen Phthise und wegen eines tief komatösen Zustandes, in dem die Kranke in die Anstalt eingeliefert wurde.

Von den Kindern dieser Serie wurden 75% lebend geboren.

In 2 weiteren Fällen wurde am Ende der Gravidität bei engem Becken mittels Tamponade der Cervix und intra-uteriner Kolpeuryse die Geburtsthätigkeit wachgerufen. **Scheunemann** (Breslau).

12) **van Roojen und Sasse** (Zaandam). Ein Fall von Partus praematurus arteficialis.

(Med. Weekblad voor Noord- en Zuid-Nederland 6. Jaarg. No. 24.)

Pat. 33 Jahre alt, Rachitis.

I. Geburt: schwere Zangenextraktion, Kind 5000 g, todt.

II. Geburt: Partus praematurus in der 30. Woche, Wendung, Kind todt. Während der Gravidität 3mal Influenza.

III. Geburt: Partus praematurus in der 32. Woche, Wendung, leichte Extraktion. Kind 7 Monate später gestorben, immer schwach gewesen.

IV. Geburt: Sectio caesarea, Kind lebt, 6 Jahre alt.

V. Geburt: Partus praematurus, eingeleitet durch Einführung eines Katheters, an der Spitze mit einem Kondom versehen. 1. Einführung schwer, erfolglos, Kondom nach Aufspritzen geplatzt. Bei der 2. Einführung Mittags sofort Wehen, Abends Katheter ausgestoßen. Eröffnung $3^1/_2$ cm, Kopf beweglich vorliegend, Blase steht. Wendung und Extraktion, lebendes Kind, lebt jetzt (nach 9 Monaten) noch.

Semmelink (Leiden).

13) P. Scheffelaar-Klots. Emphysema subcutaneum während des Gebäraktes entstanden.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 3.)

Im Laufe eines Jahres wurden in der Leidener Poliklinik 2 Fälle von während der Geburt entstandenem subkutanem Emphysem beobachtet. Der Verf. schildert die Krankengeschichten in eingehender Weise und giebt eine Zusammenstellung von 38 weiteren Fällen dieser Art aus der Litteratur.

Fast 93,4% von diesen zusammen 40 Fällen betrafen Iparae.

Das Emphysem macht sich gewöhnlich zunächst oberhalb des Brustbeines zwischen den Mm. sterno-cleido-mastoidei bemerkbar, um sich von dort über Gesicht und Hals und mehr oder minder große Bezirke des Oberkörpers auszudehnen.

Die günstigen Momente für den Eintritt des subkutanen Emphysems sind gewöhnlich in der Austreibungsperiode mit dem Beginne einer starken Thätigkeit der Bauchpresse gegeben. Vorbedingung ist, dass nach maximaler Inspiration die Glottis verschlossen wird, und dass sich dem ergiebigen Vorrücken des Kindes im Genitalschlauche abnorme Widerstände entgegensetzen.

Unter diesen Umständen wirkt der Druck der Bauchpresse mit voller Gewalt auf die stark mit Luft angefüllte Lunge, einzelne Alveolen bersten, die Luft tritt in das Gewebe zwischen Lunge und Pleura aus, erstreckt sich bis in das Mediastinum antic. und gelangt von dort schließlich in das subkutane Bindegewebe. Die Gesammtausdehnung des emphysematösen Bezirkes wird natürlich um so größer werden, je häufiger gute Wehen nach einmal erfolgtem Platzen von Lungenbläschen einsetzen und um so kräftiger sie von der Kreißenden mit Hilfe der Bauchpresse verarbeitet werden.

Eine angeborene oder durch vorhergehende Lungenkrankheiten erworbene Prädisposition bestimmter Individuen für die in Rede stehende Affektion kann nicht zugegeben werden.

Abnorme Widerstände im oben angeführten Sinne werden dargestellt durch Schädel, die im Verhältnisse zu dem Becken relativ zu groß sind, durch enge Becken und durch abnorme Starrheit der Weichtheile, wie sie namentlich häufig bei älteren Iparae zur Beobachtung kommen.

Die Prognose des subkutanen Emphysems ist als eine günstige zu bezeichnen, da selbst ohne Therapie die Luftbläschen der Haut in wenigen Tagen resorbirt zu werden pflegen.

S.-K. vermuthet, dass bei genügender Aufmerksamkeit die Affektion sicher häufiger nachgewiesen werden würde als man bis jetzt annimmt.

Störend wirken bei der Lektüre des Aufsatzes die häufigen sprachlichen Fehler.

Scheunemann (Breslau).

14) E. Heller (Pilsen). Sechsmonatliche Retention eines intra-uterin abgestorbenen Fötus.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 49.)

33jährige, herabgekommene Frau, seit der letzten (6.) Entbindung profuse, unregelmäßige Blutungen, jetzt Amenorrhoe seit 4 Monaten, Schmerzen im Kreuze

und Oberschenkeln. Diagnose: Gravidität im 4. Lunarmonate. 2 Monate später Leib schlaff, kleiner, Uterus nicht mehr über der Symphyse tastbar, kein Kolostrum mehr, Wohlbefinden. Am normalen Ende der Schwangerschaft heftige Blutung bei mäßigen Wehen, nach Scheidentamponade Ausstoßung des Eies in toto. Auffällig am Präparate war das Missverhältnis der Größe zwischen der mächtigen Placenta und der kleinen, stark macerirten Frucht, die nach Länge (14 cm) und Entwicklung am Ende des 4. Lunarmonates abgestorben sein muss. Die Nabelschnur zeigte am fötalen Ende 8 Torsionen. In diesen Torsionen sieht H., da Trauma, Lues etc. auszuschließen waren, die Ursache des Fruchttodes. Bemerkenswerth ist das völlige Sistiren der Menstruation während der ganzen Dauer der Schwangerschaft, ferner dass die Retention des todten Fötus mit keinen besonderen Beschwerden verbunden war; auch die gute Wirkung der Scheidentamponade sei hervorgehoben.

Piering (Prag).

15) **F. Commandeur** (Lyon). Unzulänglichkeit des Ballons von Champetier de Ribes in einem Falle von Retraktion des Bandl'schen Ringes.

(Obstétrique 1899. No. 5.)

Der Ballon von Champetier de Ribes hat neben großen Vortheilen große Nachtheile: Abdrängen des vorliegenden Kindestheiles: Begünstigung des Nabelschnurvorfalles. Seine Aktion soll eine doppelte sein: er soll 1) normale Kontraktionen hervorrufen und 2) in den Cervicalkanal eindringen, um denselben zu dilatiren.

Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Wehen oft unregelmäßig auftreten, oft sich überstürzen; des weiteren ruft der in Frage stehende Ballon die Bildung eines Bandl'schen Kontraktionsringes hervor; diesen zu überwinden war der erstere absolut unfähig. Folgt die detaillirte Krankengeschichte.

Schlussfolgerung: Der Ballon von Champetier de Ribes darf nicht in Anwendung gezogen werden bei starker Retraktion des Bandl'schen Ringes; die digitale, progressive Dilatation führt keine exagerirte, intra-uterine Druckerhöhung herbei; sie ist desshalb ein vorzügliches Mittel; vor Allem müssen uterine Kontrakturen verhütet werden.

Beuttner (Genf).

16) **A. Pinard.** Über die in der Klinik Baudelocque vom 7. December 1896 bis 7. December 1897 gemachten Symphyseotomien.

(Ann. de gynécol. 1898. April.)

In strenger Weise die im Jahre 1893 angegebenen therapeutischen Maßnahmen bei engem Becken verfolgend, hat P. auch in der oben genannten Zeit wieder die Symphyseotomie ausgeführt, und zwar in 7 Fällen unter 97 Fällen von Beckenverengerungen; eine starb 14 Tage nach der Operation. In allen Fällen war die Operation leicht, ohne dass irgend eine Komplikation eintrat. Zu des Verf. größter Genugthuung hält er die Perforation des lebenden Kindes für nicht mehr diskutirbar; sie sei eine Operation, die unter keinen Umständen mehr ausgeführt werden dürfe.

Odenthal (Bonn).

17) **P. Bar** (Paris). Die Symphyseotomie: ihre unmittelbaren und entfernteren Resultate; ihre relativen Indikationen denjenigen der Sectio caesarea gegenübergestellt.

(Obstétrique 1899. No. 4.)

Die Entbindung vermittels der Symphyseotomie umfasst 4 verschiedene Zeitabschnitte: 1) die richtige Überwachung der Geburtsarbeit vor der Durchtrennung der Symphysen; 2) die Symphyseotomie; 3) die spontane Austreibung oder die Extraktion der Frucht; 4) die Wiedervereinigung der Symphysenwunde.

Wie man sich in den einzelnen Zeitabschnitten zu verhalten hat, erfordert solide Kenntnisse; eben so die in Betracht kommende chirurgische Technik. Die

Symphyseotomie ist desshalb keine Operation, die von einem jeden Arzte unternommen werden könnte.

Die richtige Überwachung der Geburtsarbeit vor der Durchtrennung der Symphyse: Gefahren während dieser Periode: Wehenschwäche und Vorfall der Nabelschnur; Erstgebärende sind in größeren Gefahren als Mehrgebärende. Das Kind riskirt in ca. 10—12% das Leben.

Da eine gute Wehenthätigkeit vor der Durchtrennung der Schambeine wünschenswerth ist, so muss man die Uteruskontraktionen durch verschiedene Mittel anzuregen suchen:

a. Manuelle Dilatation. b. Dilatation mit dem Tarnier'schen Instrumente. c. Dilatation vermittels Ballons.

Soll man nach genügender Dilatation einen Extraktionsversuch machen (Zange!), bevor man zur event. Symphyseotomie übergeht?

Diese Versuche müssen sehr eingeschränkt werden!

2) Die Symphyseotomie. Gewöhnlich sehr leicht auszuführen.

3) Die spontane Austreibung oder die Extraktion der Frucht.

Macht die Vergrößerung des Beckens das Missverhältnis zwischen diesem und dem vorangehenden Kindestheile verschwinden? Ja!

Soll man nach der Symphyseotomie die Geburt sich selbst überlassen?

Zweifel tritt besonders dafür ein!

Soll man nach der Symphyseotomie sofort die Extraktion anschließen?

Dafür tritt Pinard ein.

In 22 Fällen hat B. die Geburt 3mal zu Ende kommen lassen; 19mal wurde eingeschritten; B. lässt sich von folgenden Grundsätzen leiten: Ist der Kopf beweglich, der Muttermund genügend dilatirt und die weichen Geburtswege geschmeidig, so sieht er die Wendung in Anwendung; ist dagegen der Kopf ein wenig fixirt, der Muttermund schlecht dilatirt, die Scheide etwas rigid, so wird die Zange applicirt.

4) Die Wiedervereinigung der Symphysenwunde.

Unmittelbare Resultate:

Pinard	89 Symphyseotomien,	12 Kinder	abgestorben,	13,48%
Zweifel	31 »	2 »	»	6,45%
Bar	22 »	0 »	»	0 %
Küstner	7 »	0 »	»	0 %
	149 Symphyseotomien,	14 Kinder	abgestorben,	9,39%.
Pinard	89 Symphyseotomien,	10 Mütter	verstorben,	11,24%
Zweifel	31 »	0 »	»	0 %
Bar	22 »	0 »	»	0 %
Küstner	7 »	0 »	»	0 %
	149 Symphyseotomien,	10 Mütter	verstorben,	6,71%.

Die Mortalität der Mütter wird hauptsächlich durch »Infektion« herbeigeführt. Die Symphyseotomie an und für sich ist keine lebensgefährliche Operation; was dieselbe gefährlich macht, ist die Kombination mit einer durch Kunsthilfe zu Ende geführten Geburt. Können die dabei auftretenden Gefahren vielleicht durch Modifikationen in der operativen Technik vermindert werden? Es ist wahrscheinlich, dass die Gefahren für die Frucht (besonders nach Extraktion) vermindert werden könnten, wenn die Extraktion nicht unmittelbar der Symphyseotomie angeschlossen wird; auch werden die Chancen für das mütterliche Leben bessere werden, wenn man nach dem Symphysenschnitte die Geburt spontan verlaufen lässt und nur im Nothfalle operativ einschreitet.

Wie übrigens Abel aus der Zweifel'schen Klinik gezeigt, ist man trotz »Abwarten« nicht absolut sicher vor Komplikationen: Harnröhrenverletzung; persistirende Inkontinenz; übrigens wird die Frucht auch nicht immer spontan ausgetrieben; man muss also doch noch operativ eingreifen: die Wendung wird unglücklicherweise in solchen Fällen selten ausgeführt werden können.

So viel steht fest, dass man trotz aller Verbesserungen der Technik Komplikationen nicht vermeiden kann: dieselben bestehen in Blasen- und Harnröhren-

fisteln, Inkontinenz; große Tendenz zum Prolaps; mangelhafte Konsolidation der Symphyse; das Becken wird für weitere Geburten nur wenig vergrößert und fordert desshalb die Wiederholung der Operation, wobei die Komplikationen an Schwere zunehmen: Blasenzerreißung.

Relative Indikationen der Sectio caesarea conservativa und der Symphyseotomie.

Es wird angenommen, man habe es mit einer Beckenverengerung zu thun, bei der man zum Voraus die Symphyseotomie auszuführen gedenkt, um die Geburt durch die natürlichen Geburtswege zu beenden. (Höhere Grade von Beckenverengerung sind natürlich ausgeschlossen.)

Unter obwaltenden Verhältnissen wird der konservative Kaiserschnitt vollständig die Interessen des Kindes wahren, während die Symphyseotomie dies nur unvollständig thun wird; dagegen sind die unmittelbaren Folgen: Blutungen, Chok etc., bei der Sectio caesarea größer, wie beim Symphysenschnitte und Verstöße gegen die Asepsis rächen sich eher.

Die entfernteren Folgen der Sectio caesarea sind bedeutend weniger gefährlich, wie diejenigen der Symphyseotomie: Hat desshalb die Geburtsarbeit noch nicht begonnen, so ist die Sectio caesarea conservativa vorzuziehen; um so eher, wenn es sich um ein allgemein verengtes Becken handelt, Primipara, und wenn die Zerreißung der Weichtheile gefährlich werden könnte.

Hat die Geburtsarbeit bereits begonnen, so besteht obiger Grundsatz auch noch zu Recht; unter folgenden, anzuführenden Verhältnissen wird man aber die Symphyseotomie vorziehen: in allen Fällen, wo die Geburt schon vorgeschritten, wo die Blase seit längerer Zeit gesprungen; wo die Extraktion des Fötus nicht durch besondere Rigidität der Weichtheile (Multipara), nicht durch die Cervix gefährdet erscheint. Sind diese Bedingungen nicht erfüllt, so kommt die Sectio caesarea in Betracht. **Beuttner** (Genf).

18) **Vallois** (Montpellier). Missverhältnis zwischen den Symptomen der mütterlichen Albuminurie und der Schwere der Erkrankung des Fötus.

(Obstétrique 1899. No. 6.)

V. hat in kurzem Intervalle 2 Fälle von leichter Schwangerschaftsnephritis gesehen, bei denen die Früchte frühzeitig abstarben und die Placenta die Charaktere der albuminurischen Nachgeburt aufwies. (Die beiden Fälle werden mitgetheilt.) Sie beweisen Folgendes:

1) dass schon im Beginne der Schwangerschaft der Harn auf Albumen untersucht werden sollte und dass diese Untersuchung öfters zu wiederholen ist;

2) dass nach einer selbst leichten und vorübergehenden Albuminurie man die charakteristischen Veränderungen in der Placenta findet, die die Gesundheit oder selbst die Existenz des Fötus gefährden können;

3) dass diese placentaren Läsionen existiren können, ohne dass die Mutter ernste Komplikationen aufweist und während des besten Wohlbefindens;

4) dass auch die leichteste Schwangerschaftsnephritis eine absolute und bis an das Ende der Gravidität dauernde Milchdiät verlangt. **Beuttner** (Genf).

19) **T. W. Jenkins** (Glasgow). Gynaekologica.

(Glasgow med. journ. 1899. August.)

1) Uterusruptur intra partum; 1. Geburt sehr protrahirt durch enges Becken, todtes Kind. 2. Geburt: Forcepsversuch, Wendung, Perforation, ohne Narkose, bei stets gutem Zustande der Frau. Bei der manuellen Lösung der Placenta befindet sich die Fingerspitze plötzlich an der unteren Leberfläche; Lösung leicht, keine erhebliche Blutung, kein Schmerz, kein Collaps. Bei der Laparotomie findet sich dann eine Ruptur, quer durch die ganze vordere Wand, wenig über der Umbiegungsstelle des Peritoneums. Nach Amputation des Uterus wird die Cervix in den unteren Wundwinkel genäht. Plötzlicher Exitus am 2. Tage, als sich Pat. rasch erhebt. Der Fall lehrt, dass Uterusruptur ohne die als typisch angegebenen dia-

gnostischen Zeichen vorhanden sein und so leicht unbemerkt bleiben kann, wobei dann der Exitus einer akuten Sepsis an sich zugeschrieben wird.

2) Uterusruptur durch Gewalt. Abort mit nachfolgenden Blutungen. Dilatation mit einem metallenen Handschuhweiter, »aber ohne Gewalt«. Prolaps der Därme durch einen großen Riss im linken Parametrium, linken Scheidengewölbe und Uteruswand; starke Blutung, die erst zum Stehen gebracht wird, nachdem durch beide geöffneten Scheidengewölbe eine Klammer an das linke Ligament gelegt ist. Zunächst heilte die Sache und blieb Pat. ziemlich beschwerdefrei, bald aber stellte sich konstanter Beckenschmerz ein. Alle von unten her vorgenommenen plastischen Versuche änderten nichts daran. Erst als bei Laparotomie eine ganze Anzahl meist dünner Adhäsionen zwischen Netz und Dünndarm einerseits, Blase, hinterer Uteruswand und linkem breitem Mutterbande andererseits gelöst waren, trat völlige Gesundung ein. Nur eine leichte Verdickung am linken Rande des Uterus restirte als Spur der ursprünglichen Verletzung.

3) IVgravida. Die 3 ersten Geburten wegen engen Beckens jedes Mal durch Perforation beendet. Jetzt bestand: Vorfall, Cystocele, starker Dammriss. Operatives Vorgehen: Entfernung der Frucht aus dem Uterus, Sterilisation durch Tubendurchschneidung nach vorderem Scheidenschnitte, Vaginifixation des (bei Aufrichtung aus Retroflexion mittels Sonde perforirten) Uterus, vordere und hintere Kolporrhaphie und Perineorrhaphie. Es erfolgte Heilung per primam, seitdem ($1^1/_2$ Jahr) Gesundheit und Sterilität.

4) 2 Fälle von kompletem Vorfalle von Uterus und Vagina bei Nulliparen.

a. 23 Jahre, allmähliches Entstehen ohne bewusste Ursache. Operation: Curettage, Kolpotomia anterior, Eröffnung des Peritoneums, Fixation des Uterus, Naht der vorderen Scheidenwand nach Resektion der beiden am Längsschnitte abpräparirten Lappen, ausgiebige Perineorrhaphie. Später ist Schwangerschaft eingetreten, Geburt ohne Störung in termino verlaufen, keine Verletzung entstanden.

b. Kompleter Prolaps von Uterus und Vagina, starke Hypertrophie der Portio mit Stenosis des Cervicalkanales und Pyometra. Die Ruptur ist plötzlich nach Körperanstrengung entstanden. Entzog sich der Operation. **Zeiss** (Erfurt).

20) P. Bar (Paris). Der konservative Kaiserschnitt. Seine Technik und Resultate.

(Obstétrique 1899. No. 3.)

Der konservative Kaiserschnitt kann unternommen werden, bevor Wehen aufgetreten sind; B. hat dabei keine Atonie erlebt. Am Beginne der Operation werden subkutan 15 Tropfen Ergotin von Tanret applicirt. Die abdominale Incision muss möglichst hoch angelegt werden; die Hälfte der Wunde muss sich über der Nabelgegend befinden. Der Uterus wird vor der Eröffnung nicht eventrirt. Die Applikation eines elastischen Schlauches vor der Incision schadet mehr, als sie nützt; letztere darf nicht auf dem unteren Uterinsegmente angelegt werden, sondern soll so weit als möglich nach oben, ja selbst auf den Fundus verlegt werden.

Es scheint nicht, dass es vorzuziehen ist, die Fritsch'sche Querincision in Anwendung zu bringen; ganz besondere Verhältnisse ausgenommen. Die Eröffnung des Uterus wird in 2 Zeiten möglichst schnell ausgeführt: 1) Geringe Eröffnung (Punktion), 2) Incision der Gebärmutterwand und der Placenta auf dem vorher durch die kleine Öffnung in das Cavum uteri eingeführten Finger; wird die Placenta getroffen, so hat das nichts weiter auf sich. Schnelle Extraktion des Kindes (an den Füßen). Schnelle Placentarlösung; Uterus vor die Bauchdecken gezogen und event. Blutgerinnsel entleert. Jodoformgazetamponade des ganzen Uteruscavums bis zum inneren Muttermunde. Ein elastischer Schlauch wird vor Anlegung der Suturen nur dann applicirt, wenn dies absolute Nothwendigkeit; besser ist es, die Ligg. lata zu komprimiren. Die Uterusnähte werden schnell angelegt; Seide; die Naht in Etagen ist unnöthig; die Nähte, ca. 10 an Zahl, sollen die ganze Dicke des Uterus fassen; oberflächliche Nähte werden nur dann applicirt, wenn dies nöthig. Ist die Bauchwunde geschlossen, so zieht man von der

Vagina her die intra-uterine Jodoformgase in die erstere hinunter; die Gase wird in den folgenden Tagen successive entfernt.

Unmittelbare Folgen der Operation: Sekundäre Blutungen sind höchst selten; wenn die Operation rasch ausgeführt werden konnte, dann waren die Zeichen von Chok wenig ausgesprochen. Die große Gefahr der Sectio caesarea besteht in der Komplikation mit septischer Infektion: Folge Peritonitis; in einigen Fällen beobachtet man Abscessbildung und abdominale Fisteln; in einem Falle wurde eine spät auftretende Phlebitis konstatirt.

Die Mortalität in gut gehaltenen Kliniken dürfte, gestützt auf die Statistik von verschiedenen Operateuren, folgende sein:

170 Mütter	11 Todesfälle	=	6,41%	Mortalität,
161 Kinder	9	»	= 5,59%	»

Spätere Folgen der Operation: Gefahren der Eventration, besonders wenn die Frauen schnell wieder schwanger werden. Schmerzanfälle, hervorgerufen durch Adhärenzen zwischen Uterus und Bauchinhalt. Ist Gefahr vorhanden, dass die Operationsnarbe im Uterus bei einer weiteren Schwangerschaft platzt? Diese Gefahr ist heut zu Tage gering, wo wir unter strengster Asepsis und mit der Uterusnaht arbeiten. Die Adhärenzen zwischen Uterus und Bauchorganen können die Ausführung einer weiteren Sectio caesarea verhindern; man muss dann event. die Abtragung des Uterus vornehmen. Der konservative Kaiserschnitt darf nicht zu Gunsten anderer, verstümmelnder Operationen geopfert werden.

Beuttner (Genf).

21) **K. Huber.** Zur Frage der Erweiterung der relativen Indikation der Sectio caesarea bei engem Becken.

Inaug.-Diss., Heidelberg, 1898.

273 Fälle aus dem Frommel'schen Jahresberichte. Absolute Indikation in nur 1/4 der Fälle. Der praktische Arzt kommt kaum jemals in die Lage: die absolute Indikation ist sehr selten und bei relativer kommt er mit der künstlichen Frühgeburt oder mit der Perforation aus. **Engelmann jun.** (Bonn).

22) **R. v. Braun-Fernwald.** Über die in den letzten 10 Jahren ausgeführten Sectiones caesareae.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 2.)

In diesem Zeitraume wurden in der Gustav Braun'schen Klinik 74 Kaiserschnitte ausgeführt, über welche Verf. nach dem Beispiele Leopold's Bericht abstattet. Zunächst Einiges über die Indikationsstellung. Das Gebiet der relativen Anzeige wurde kaum erweitert, die Perforationen lebender Kinder nicht eingeschränkt. Ausschlaggebend blieb nach wie vor der Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kinde. Die günstigen Erfahrungen Leopold's mit Wendung und Ausziehung bis herab zu 7 resp. 7½ cm Conj. wurden nicht gemacht, da die Wiener Klinik meistens den Kopf vorangehen ließ und bei starker Konfiguration die hohe Zange versuchte. Wehen werden für die Ausführung des konservativen Kaiserschnittes nicht für unbedingt nothwendig gehalten, so dass man unter zwingenden Umständen auch während der Schwangerschaft ohne Uteruskontraktionen operiren kann. Nur ein einziges Mal war man genöthigt, wegen Atonie den Uterus zu entfernen, nachdem er vernäht und eine Excision der Tubeninsertion ausgeführt war. Wie Leopold glaubt Verf., dass zur konservativen Sectio die Sicherheit gehört, dass keine Infektion stattgefunden hat, ist jedoch gegen dessen Ansicht, dass die Fruchtblase bis zu Beginn der Operation oder bis kurze Zeit vorher erhalten sein solle. Gustav Braun hat öfters lange Zeit nach dem Blasensprunge operirt, um ein sicheres Urtheil über den wirklichen Grad des räumlichen Missverhältnisses zu gewinnen, ohne dass die mütterliche Prognose verschlechtert worden wäre. Nicht zu rechtfertigen ist die Sectio conservativa, wenn schon andere Entbindungsversuche gemacht worden sind. Auffallend ist, dass in der Wiener Klinik bei 29746 Geburten 21mal der Porro wegen Osteo-

malakie ausgeführt wurde, während Leopold unter 22358 Geburten nur bei einem Falle diese Operation vorzunehmen brauchte. — In der Mehrzahl der Fälle wurde der Uterusschnitt sagittal angelegt. Unter 74 Fällen wurde zwar 36mal die Placenta getroffen, Verf. glaubt aber, dass das Treffen der Nachgeburt auf die Asphyxie der Frucht keinen Einfluss hat. Auch für die Blutung aus der Uterusnaht ist das Treffen des Placentasitzes von keiner Bedeutung. Wie der Uterus aufgeschnitten wird, ist nach Verf.s Ansicht gleichgültig. Die Adhäsionen bei vorderem Sagittalschnitte sind verhältnismäßig am ungefährlichsten, da sie nur das Parietalperitoneum am Bauchwandschnitte betreffen, und manchmal, wenn Stichkanäle der Uterusnaht eitern, sogar sehr günstig. Braun hat durchaus nicht die Erfahrung gemacht, dass die Blutung bei querem Fundalschnitte immer geringer sei, als bei sagittalem Schnitte. Dieselbe hängt nicht ab vom Schnitte und der Art, wie die Gefäße getroffen werden, sondern von der Kontraktion des Uterus nach seiner Entleerung. In den 11 Fällen von querem Fundalschnitte wurde die Placenta 6mal getroffen, also in 54%, während sie beim sagittalen Schnitte unter 63 Fällen 28mal getroffen wurde, also in 46%, ein Ergebnis, das ebenfalls nicht mit der Erfahrung Anderer übereinstimmt. Die relativ häufigen Fälle von Atonie beim erhaltenden Kaiserschnitte in den Tabellen Leopold's legen Verf. den Gedanken nahe, ob sie nicht eine Folge der Anwendung der provisorischen Ligatur sind. Jedenfalls zieht sich der Uterus ohne dieselbe vorzüglich zusammen, wenn vorher Ergotin gegeben ist. In 5 Fällen wurde die Operation zum 2. Male, in 1 Falle zum 2. und 3. Male ausgeführt. — Als Vortheil der konservativen Methode mit Sterilisirung durch Unwegsammachung der Tuben, die 4mal ausgeführt wurde, erwähnt Verf. den Umstand, dass nach Jahren die operirte Frau dringend Nachkommenschaft wünschen kann, und man dann in der Lage ist, die Tube wieder wegsam zu machen. — Für aseptische Fälle ist in der Klinik die Entfernung des Uterus mit retroperitonealer Stielbehandlung entschieden ein besseres Verfahren, als der typische Porro. Bei Fieber intra partum hält Verf. die erstere Methode für kontraindicirt. Bei hochgradigem Fieber ist der typische Porro auch für ungefährlicher zu erachten, als die Totalexstirpation. — Wenn man außer einem Falle von septischer Peritonitis noch den Tod an Ulcus ventriculi perforans und den Chloroformtod bei Status thymicus in je einem Falle der Operation zur Last legt, kommt man auf eine Mortalität von 4,2%. Die zusammengerechneten Resultate der Kliniken Chrobak, Schauta, Leopold und G. Braun ergeben für die konservative Methode eine reducirte Mortalität von $6^1/_2$—5%, für die Operationen mit Entfernung der Gebärmutter 2,5%. Der Porro ist also eine sicherere Methode als der konservative Kaiserschnitt. Von den Kindern konnten 64 der Findelanstalt übergeben werden, aus welcher 59 gesund entlassen wurden. In sämmtlichen 34 Fällen von konservativem Kaiserschnitte wurden die Kinder lebend entwickelt. — Die Symphyseotomie wurde seit 1894 in der Klinik G. Braun's nicht mehr vorgenommen, da sie als eine im Vergleiche zum Kaiserschnitte minderwerthige und mindestens eben so gefährliche Operation angesehen wurde. Dem vaginalen Kaiserschnitte Dührssen's stellt Verf. ein gutes Prognostikon und stimmt auch für die meisten Fälle der Indikationsstellung Dührssen's zu. Bemerkenswerth ist, dass bis jetzt kein Fall in Folge septischer Peritonitis zu Grunde gegangen ist. Es ist erwägenswerth, ob die vaginale Sectio caesarea nicht in gewissen schweren Fällen von Placenta praevia eine geeignete Operationsmethode ist, um die Pat. vor den Einrissen am Orificium internum und ihrer Verblutungsgefahr zu bewahren. — Dies wären in Kurzem die wichtigsten Punkte der an anregenden Gedanken reichen Arbeit des Verf. **Courant** (Breslau).

23) K. Holzapfel (Erlangen). Kaiserschnitt bei Mastdarmkrebs.

(Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie.)

Bei einer 40jährigen IXpara, die seit 14 Tagen Krampfwehen zu haben angab, wurde ein inoperables Mastdarmcarcinom entdeckt. Der Tumor wölbte die hintere Scheidenwand so stark vor, dass zwischen ihr und der Symphyse ein Zwischenraum für kaum 2 Finger war. Da das Carcinom inoperabel war und ein absolutes Geburtshindernis bildete, konnte folgerichtig nur der Kaiserschnitt in Frage

kommen, der auch, als normale Wehenthätigkeit sich eingestellt hatte, von H. ausgeführt wurde, und zwar mit fundalem Querschnitte. Eine nach Entleerung des Kindes entstehende Blutung stand erst nach vollständiger Vernähung der Uterusmuskulatur. Heilung gestört durch einen intraperitonealen Abscess mit Bildung einer Uterus-Bauchdeckenfistel. Nach 7 Wochen ging die Frau an Entkräftung zu Grunde. Das Becken wurde in toto herausgenommen und in 2 Theile geschnitten; der Tumor erwies sich als ein Carcinoma adenomatosum. An diese kasuistische Mittheilung schließt H. eine Reihe epikritischer Bemerkungen über das Verhalten bei Carcinoma recti mit gleichzeitiger Schwangerschaft. Findet sich Schwangerschaft bei operablem Krebse, dann muss auf alle Fälle dieser beseitigt werden, selbst mit Unterbrechung der Schwangerschaft.

Bei inoperablem Mastdarmkrebse ist es ausschlaggebend, ob das Kind lebt oder nicht. Im ersteren Falle wird wohl nur der Kaiserschnitt in Betracht kommen; ist das Kind todt, dann kann man die Mutter so schonend als möglich entbinden.

Zur Technik des Kaiserschnittes übergehend, empfiehlt H. den Fundalschnitt nach Fritsch, vor allen Dingen desswegen, weil man in den meisten Fällen eine Verletzung der Placenta vermeiden könne. H. stellt die Regel auf: Liegen die Ligg. rotunda ausgesprochen vorn, so wählt man den vorderen Medianschnitt, in allen übrigen Fällen den queren Fundalschnitt. **Flatau** (Nürnberg).

24) B. Wolff. Über eine Drillingsgeburt mit einem Acardius.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 2.)

In den Zeitraum der letzten 50 Jahre fallen nur 5 Beobachtungen von Drillingsgeburten mit einem Acardius. Für die Lehre von den herzlosen Missgeburten haben sie in so fern ein specielles Interesse, als es bei einer 2eiigen Drillingsgeburt mit einem Acardius möglich ist, die beiden normalen Kinder mit einander zu vergleichen, und die wesentlichen Unterschiede in der Entwicklung ihrer Organe festzustellen. Ein vom Verf. in der Poliklinik der Charité beobachteter Fall weist nun in Bezug auf Herz und Leber der beiden normalen Kinder ähnliche Differenzen auf, wie der Fall von H. Meckel, der einzige, bei welchem bisher vergleichende Untersuchungen der inneren Organe angestellt waren. Das relative Herzgewicht des Autositen des Acardiacus verhält sich zu dem des anderen normalen Kindes wie 125 : 100, die entsprechenden Lebergewichte wie 155 : 100.

Die wohlbegründete Lehre von Schatz über die Entstehung der Acardii bei eineiigen Zwillingen, auf welche Verf. nun des Näheren eingeht, giebt eine hinreichende Erklärung für diesen stetigen Befund der Herzhypertrophie und auch der Leberhypertrophie des Autositen. Zum Schlusse beschreibt Verf. das im Texte wiedergegebene Röntgenbild der mit Mennige injicirten Missgeburt, durch welches das komplicirte Gefäßsystem derselben sichtbar gemacht wurde. Die Aktinogramme derartiger injicirter Gefäßsysteme und Placenten sind wahrscheinlich geeignet, unsere Kenntnisse über die Gefäßverbindungen und Gefäßvertheilung eineiiger Zwillinge zu ergänzen und vervollkommnen. **Courant** (Breslau).

25) A. Raebiger. Die Anwendung der Zange in der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Greifswald in den Jahren 1887—1896.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

101 Fälle = 6% aller Geburten (gegenüber 1,4% von Késmárszky und 11,6% von Schultze). Häufigste Indikation: Wehenschwäche, meist mit Erschöpfung der Kreißenden. Mortalität der Kinder 6%, der Mütter 0,99%.

Engelmann jun. (Bonn).

26) L. Demelin (Paris). Über die Zange.

(Obstétrique 1899. No. 3 u. 4.)

D. ist erst im Beginne der Studien über die Zange, obwohl diese Studien schon längere Zeit dauern; eine von D. neu konstruirte Zange kann vor der Hand vom klinischen Standpunkte aus noch nicht absolut empfohlen werden, da genügende Untersuchungen noch fehlen. Die Arbeit zerfällt in 3 Theile:

1) Bibliographische Studien und theoretische Betrachtungen.
2) Untersuchungen am Phantom und an der Leiche.
3) Klinische Beobachtungen.

ad 1) muss im Originale nachgelesen werden.

ad 2) D. ist noch nicht zu einem endgültigen Resultate gelangt; immerhin konnte mit seiner Zange am Pinard-Budin'schen Phantome der vorangehende Theil stets solid gefasst werden und behielt dieser absolute Beweglichkeit.

ad 3) Bis jetzt nur 5mal applicirt; die Krankengeschichten und eine Abbildung der neuen Zange (modificirte Zange von Chassagny) werden beigegeben.

Beuttner (Genf).

27) **S. Pozzi** (Paris). Einfluss der Collumresektion auf Schwangerschaft und Geburt.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1899. No. 3.)

Pinard demonstrirte gelegentlich ein Präparat von Uterusruptur, die sich bei einer Frau ereignete, welche sich früher einer (schlecht ausgeführten) Operation an der Cervix und dem oberen Abschnitte der Vagina unterzogen. Pinard macht Front gegen diese Operationen.

P. ist der Ansicht, dass man nicht die Operation als solche für den ungünstigen Ausgang verantwortlich machen dürfe, sondern den Chirurgen; übrigens muss man nicht vergessen, dass man schon auf krankhaftem Gewebe operirt, das schon an und für sich einmal Komplikationen herbeiführen kann.

Bei den in Betracht kommenden Operationen müssen die Wundflächen genau auf einander gelegt werden; die Naht muss sämmtliches Gewebe umfassen, damit keine todten Räume entstehen; die neue Öffnung muss genügend weit sein; sämmtliche Suturen (Crin de Florence) müssen nach gewisser Zeit entfernt werden; dann muss in der Nachbehandlung eine genügende Asepsis gesichert sein.

Werden die in Betracht kommenden Operationen richtig ausgeführt, dann ist irgend welche Gefahr während der Schwangerschaft und Geburt ausgeschlossen.

Beuttner (Genf).

28) **R. Glaser.** Über spontane Geburten bei engem Becken.

Inaug.-Diss., München, 1898.

Ausführliche Zusammenstellung der Frequenz des engen Beckens nach Ländern und Städten. In der Würzburger Frauenklinik kam das einfache platte Becken häufiger vor als alle anderen zusammengenommen. Die spontane Geburt erfolgt nach den meisten Statistiken in 60—75% der Fälle. 156 Fälle aus der Würzburger Frauenklinik; 107 Fälle = 68% spontan verlaufen (mäßig verengte Becken). 93,4% aller Kinder verließen lebend die Anstalt. Morbidität und Mortalität der Mütter gleich Null. Das oft vorhandene scheinbare Missverhältnis von Kopf und Becken hat als Ursache die falsche Bestimmung der Conj. vera, deren Größe, oft zu niedrig geschätzt, zuweilen gleich der der Conj. diag. sein kann.

Engelmann jun. (Bonn).

29) **A. Bornheim** (Philadelphia). Fünflinge.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 17.)

39jährige VIIIpara, verheirathet seit 22 Jahren. Letzter Partus vor 2½ Jahren. Geburt von 5 lebenden Kindern innerhalb 1 Stunde, in Pausen von 10—12 Minuten. Gewicht derselben schwankte zwischen 4—5 Pfund. Obwohl sie völlig gesund erschienen, starben alle in den nächsten 10 Tagen. Die Nachgeburt bestand aus 5 vollständigen, mit einander verwachsenen Nachgeburten. Die Geburt trat im 8. Monate ein. In den 3 letzten Monaten vor derselben war die Mutter beinahe hilflos. Sie erholte sich post partum nur langsam. **Graefe** (Halle a/S.).

30) **F. Scholz.** Embryotomie mit dem Schultze'schen Sichelmesser. 4 neue Fälle.

Inaug.-Diss., Breslau, 1899.

Ausführliche Zusammenstellung der mit dem Sichelmesser bereits behandelten, in der Litteratur aufgeführten Fälle nebst Beschreibung von 4 neuen Fällen. Das

Sichelmesser wurde 38mal in der Breslauer Klinik angewendet; 1 Todesfall = $2^2/_3$%). Es ist dem Braun'schen Haken vorzuziehen, weil es schneller und sicherer arbeitet, vollkommen gefahrlos und ein Universalinstrument für alle Fälle der Embryotomie ist. Ein Nachtheil des Instrumentes ist seine »Rasirmesserschärfe« eine Conditio sine qua non. **Engelmann jun.** (Bonn).

31) **F. Siebert.** 24 Fälle von Placenta praevia, beobachtet in der Greifswalder geburtshilflichen Klinik.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

Unregelmäßige Lagen 5mal. Als beste Operationsmethode wird die frühzeitige kombinirte Wendung empfohlen.

Mortalität der Mütter = 16,8%, der Kinder = 33,6%.

Engelmann jun. (Bonn).

32) **Zuralst.** Über zwei Fälle von Geburt bei Uteruscarcinom.

Inaug.-Diss., Kiel, 1899.

1) 37jährige Xpara, Gemelli und inoperables Cervixcarcinom. Portio etwas dehnbar, vorzeitiger Fruchtwasserabfluss. Ausräumung der Carcinommassen mit dem Finger, Dehnung des Cervicalkanales mit der Hand, Forceps, asphyktisches Kind, das bald stirbt. Wendung des 2. Kindes aus Querlage, Extraktion, lebendes Kind. Die 1. Placenta wurde nach der Geburt des 1. Kindes ausgestoßen, die 2. nach der Wendung manuell gelöst. Breite Ruptur der hinteren Blasenwand, die durch Katgutknopfnähte geschlossen wird; Cervixriss, der sich bis in den Douglas hinein fortsetzt und tamponirt wird; die Pat. stirbt nach ca. 1 Jahre.

2) 33jährige VIIpara mit Zeichen vorgeschrittener Sepsis und Kachexie bei bestehendem Cervixcarcinom; spontane Geburt eines todten Kindes. Entfernung der Placenta nach Credé, 3 Tage post partum starke Blutung und Tod an Herzcollaps. **Stoeckel** (Bonn).

33) **Torggler** (Klagenfurt). Über Weiterbildung der praktischen Hebammen.

(Sep.-Abdr. a. d. Hebammen-Zeitung 1897. No. 15.)

F. wünscht dem vielseitig gemachten und stellenweise schon praktisch durchgeführten Vorschlage, Wiederholungskurse für Hebammen einzurichten, auch in Kärnten Eingang zu verschaffen. Aus praktischen Gründen kann die Einberufung dazu nur eine fakultative sein; es müssten besonders die alten und von jüngeren die nicht ganz genügenden Hebammen herangezogen werden. Theilnahme noch anderer Hebammen auf eigene Kosten müsste gestattet werden. Der Kursus müsste mindestens 3 Wochen dauern. Da die Auswahl der Hebammen nur auf Grund einer genauen Beobachtung erfolgen könnte, so wäre es praktisch, außer dem Bezirksarzte (Kreisphysikus) noch besondere Aufsichtsärzte anzustellen, die sich aus Ärzten mit geburtshilflicher Praxis rekrutiren müssten. Ferner verlangt P. unentgeltliche Verabfolgung von Desinfektionsmitteln, eine Verlängerung der Unterrichtszeit auf mindestens 10 Monate und eine sorgfältigere Auswahl der Schülerinnen. Von Nachprüfungen und Hebammenvereinen erwartet er keinen großen Nutzen; letztere sind für größere Städte indessen von Werth. An ein selbständiges Weiterstudiren der Hebammen später in der Praxis sind gleichfalls keine großen Hoffnungen zu knüpfen, Hebammenzeitung und Hebammenkalender sollten aber zur Lektüre empfohlen werden. Schließlich empfiehlt T., jährlich eine Anzahl von Hebammen durch Geldprämien und öffentliche Anerkennung für besonders gute Leistungen auszuzeichnen. **Stoeckel** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. **Sonnabend, den 2. Juni.** **1900.**

I. Über die Bedeckung von Laparotomiewunden mit Bruns'scher Airolpaste.

Von

Dr. **Oscar Frankl** in Wien.

In einem kurzen Artikel[1] hat v. Bruns vor einigen Jahren seine Airolpaste, bestehend aus Airol, Mucilago, Gummi arab., Glycerin āā 10,0, Bolus alba 20,0, als sicheres Mittel gegen Stichkanaleiterungen bei allen genähten Wunden empfohlen und die Anregung gegeben, man möge diese Pastenbehandlung auf alle genähten Wunden ausdehnen. Auch Wölfler[2] sprach sich über die Erfolge mit dieser Paste günstig aus. Da dieser Behandlung genähter Wunden in jüngster Zeit wieder von manchen Seiten warme Empfehlung geworden, entschloss sich Herr Geheimrath v. Winckel, an dessen Klinik ich durch längere Zeit zu arbeiten die Ehre hatte, das Ver-

[1] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII.

[2] Über die Methoden und Erfolge der Wundbehandlung. Prager med. Wochenschrift 1897.

fahren auf seinen Werth zu prüfen und systematisch nach abdominalen Köliotomien die genähte Bauchwunde in der von v. Bruns angegebenen Weise zu versorgen. Es wurde die frische Paste in dicker Schicht auf die von Blut gereinigte Haut aufgetragen, darauf eine dünne Lage steriler Watte gelegt und sodann der typische Verband gemacht.

Beim ersten Verbandwechsel bot sich meist folgendes Bild dar: Die Katgutnaht — an der Münchener Frauenklinik wird dieses Material fast ausschließlich verwendet, sowohl zur Sutur als auch zur Ligatur — haftete in ihrer Totalität auf der in eine braunrothe, feste Masse umgewandelten, mit der Watte verbackenen Airolpaste. Diese oft recht harte Masse ließ sich ganz leicht abheben, war der gelb gefärbten Haut nie fester adhärent und zeigte deutlich die queren Züge der fortlaufenden Katgutnaht, welche natürlich von einander getrennt waren, da zwischen je 2 Zügen an der Paste stets das in der Haut steckende, inzwischen resorbirte Stück Katgut fehlte. Auch die 3 oder 4 breiter ausgreifenden, nebst der Haut auch die Aponeurose nochmals mitfassenden Suturen klebten in ihren nicht resorbirten (oberflächlichen) Fadentheilen an der hart gewordenen Paste. Das ist kein ungünstiger Befund; man erspart so das Loslösen der sonst nicht selten an den Wundrändern oder Stichpunkten in feste Borken gebetteten Enden des Nahtmateriales.

Aber mit voller Objektivität muss noch ein weiterer Befund mitgetheilt werden. Obwohl vor Beginn der Operation die Bauchdecken auf das allersorgfältigste gereinigt wurden (statt Sublimat kam dabei Hydrargyrum oxycyanatum zur Anwendung), obwohl das Katgut gewiss keimfrei war (wovon ich mich einige Male durch Prüfung am Nährboden überzeugte), sahen wir doch nicht gar zu selten einen oder den anderen der Stichkanäle eitern, ja sogar dieselben in hirsekorn- bis erbsengroße, seichte Geschwürchen verwandelt. Auch entsprechend dem den Schnitt quer überspannenden Faden fand sich zuweilen eine quere, leicht gelbliche Linie, indess die Schnittlinie selbst meist vollkommen trocken und überkrustet war.

Diese kleinen Eiterungen sind ja selbstverständlich für den weiteren Heilungsverlauf völlig belanglos; sie heilen, wenn man etwas Airolpulver daraufbläst und Airolgaze darüber deckt, meist sehr rasch und sind schon beim zweiten Verbandwechsel geschwunden resp. in kleine, trockene, überborkte Stellen verwandelt. Da aber v. Bruns das Vorkommen eben dieser kleinen Eiterungen negirt, ging ich der Sache etwas weiter nach.

Wie hat man sich zunächst das Entstehen dieser kleinen, superficiellen Suppurationen vorzustellen? Keinesfalls handelt es sich um Infektionen, welche bei Anlegung der Naht etwa durch die Finger oder durch Instrumente entstehen, gewiss nicht um Infektionen, die durch das Nahtmaterial gesetzt werden; letzteres findet auch darin seine Widerlegung, dass der absolut sterile Metallfaden, dessgleichen Seide oder Fil de Florence den nämlichen Effekt hervorrufen können.

Die Sache verhält sich vielmehr so: In den Anhangdrüsen der Haut sitzen jeder Zeit Kokken, und die sorgfältigste Desinfektion mit Alkohol, Sublimat etc. ist nicht im Stande, auf diese tief sitzenden Mikroorganismen absolut sicher deletär einzuwirken. Jeder Stich verletzt nun eine ganze Reihe von Fettbälgen, wobei in das Innere derselben Blut oder Serum in einer fürs Gedeihen der Kokken genügenden Menge gelangt. Und nun beginnt die pyogene Wirkung der Kokken. — Die queren, eitrig belegten Linien entsprechen Druckeffekten der quer überspannenden Fäden, wobei die betreffende Hautpartie erst anämisch, sekundär serös durchfeuchtet wird; möglicherweise werden auch die Kokken rein mechanisch durch die Fäden tiefer ins Gewebe gepresst, und so kommt es denn zuweilen zu den quergestellten, eitrig belegten Linien, welche in ihrer Entstehung Dekubitalgeschwüren nicht unähnlich sind.

Wie aber sollen all diese Vorgänge durch die Airolpaste verhütet werden? Die Erklärung von v. Bruns für die »sichere« Wirkung seiner Paste, dass nämlich »die Bedeckung mit der Paste es unmöglich mache, dass ein Stichkanal etwa durch Keime auf der Haut der nächsten oder weiteren Umgebung inficirt werde«, ist gewiss nicht ausreichend. Da die Erreger der Eiterung in der Tiefe sitzen, müsste die Airolpaste eine sehr energische, auch in die Nachbarschaft reichende, sicher bakterientödtende Wirkung, also eine eminente antiseptische Kraft besitzen. Diese musste also experimentell geprüft werden.

Bakteriologische Versuche in vitro haben nur dann Werth, wenn man die Verhältnisse des Nährbodens jenen an der Wunde möglichst ähnlich gestaltet. Wenn man auf die schief erstarrte Agarfläche einen Bacillus impft und dann die betreffende Stelle dick mit einem pulverförmigen Antisepticum bedeckt, so muss man ein eventuelles günstiges Ergebnis derartiger Experimente, wie Haegler[3] richtig bemerkt, schon aus rein physikalischen Gründen »cum grano salis« aufnehmen. Eben so wenig halte ich die Methode von Andrjuszczenko[4], welcher in 10 ccm verflüssigter Gelatine 0,5 Airol schüttelt und dann beständig mischt, während die Eprouvette in kaltem Wasser liegt, für maßgebend.

Betrachten wir vorerst die Verhältnisse an der mit einem Antisepticum, in unserem Falle mit Airolpaste bedeckten Wunde: Zwischen antiseptischem Agens und Haut, letzterer als Träger der pyogenen Keime gedacht, befindet sich bald nach Schluss des ersten Verbandes eine dünne Schicht Serum, dessen Austreten ja bekanntermaßen als erste Reaktion der Wunde, man kann sagen, bereits als erster Anhub des Heilungsprocesses anzusehen ist. Auch aus jedem Stichkanale entleert sich ein winziges Tröpfchen Serum — wenn nicht Blut — und in demselben können mitemporgeschwemmte Kokken zur Ent-

---

[3] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XV.
[4] Über den Einfluss des Airols auf Bakterien.

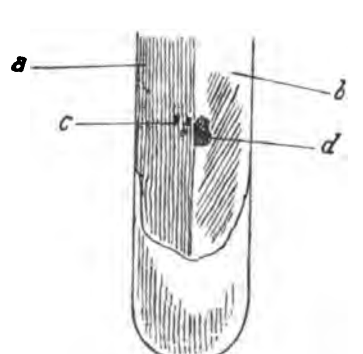
wicklung gelangen. Darüber befindet sich dann erst die antiseptische Schicht. Wie in vivo, muss es natürlich auch in vitro sein.

Unter äußerster Vorsicht ließ ich von der frisch bezogenen Airolpaste etwas über die schief erstarrte Oberfläche der Nährböden (Gelatine, Agar) abwärts laufen. War die Breite der schiefen Agaroberfläche in der Eprouvette ca. 1 cm, so betrug die Breite des darüber hinabgelaufenen Streifens Airolpaste ca. 5 mm. War das geschehen, so wurde die Mündung des Glases und der Wattepfropf durch die Flamme gezogen und geschlossen. Sodann wurde der Nährboden auf jener Seite, wo er von der Paste frei geblieben war, rasch erwärmt, bis er an der Oberfläche verflüssigt war, dann das Glas leicht nach der anderen Seite geschwenkt, wodurch der Streifen Airolpaste oberflächlich mit einer äußerst dünnen Schicht Nährboden überdeckt ward. Nach dem rasch bewerkstelligten Erkalten bedeckte die Airolpaste eine nur Bruchtheile eines Millimeters dicke Schicht Gelatine (resp. Agar). Die andere Seite war frei von Airolpaste und völlig rein.

Damit hatte ich ähnliche Verhältnisse hergestellt, wie an einer Wunde zu finden. Die dünne Serumschicht, welche den Nährboden für die Kokken darstellt, war repräsentirt durch die dünne Nährbodenschicht über der Airolpaste. Auf diese dünne Schicht, nicht auf den reinen Nährboden, impfte ich nun Staphylococcus pyogenes aureus (Reinkultur aus einem Mammaabscesse).

Vor Allem muss ich bemerken, dass die bloß mit der Paste bedeckten Nährböden stets steril blieben. Es enthielt also die von der Apotheke bezogene Paste keine Keime. Nur einmal zeigte sich ein weißer Schimmelrasen. Gewiss waren die Pilze aus der Luft eingedrungen; doch verhinderte die Paste nicht ihr Gedeihen.

Alle, wie oben geschildert präparirten, mit Aureus geimpften Nährböden zeigten folgende Erscheinungen. Einige Stunden nach geschehener Impfung trat an der Grenze zwischen dem mit Paste bedeckten Theile (*a*) und dem reinen Nährboden (*b*), obwohl die Platinöse gewiss nur den Theil *a* berührt hatte, ein winzig kleiner, blassgelber Herd auf, der sich innerhalb 24 Stunden in der hier dargestellten Weise auf dem reinen Nährboden fortbildete (*d*). In der gleichen Zeit war in einer ganz reinen Kontrollröhre ein vielleicht 20mal größerer, tiefgelber Rasen von Aureus entstanden. Über der Paste aber, also in der ganz dünnen Nährbodenschicht, kamen stets 3—4 runde, kleine Herde zur Entwicklung (*c*). Ihre Farbe war mattgelb. Ungefähr 18 Stunden später fanden sich diese kleinen Herde unvergrößert aber braunroth, um bald, nach etwa 20 Stunden, intensiv schwarz und



lackartig glänzend zu werden. (Jod- oder Wismuthaufnahme?) Ähnliches Verhalten boten 2 Impfversuche mit Albus.

Was hier vor sich gegangen, ist leicht verständlich. Die Paste hat gewiss das Wachsthum der Kokkenkolonie verzögert, aber nicht unmöglich gemacht. Denn wenn man auch ganz bestimmt nur in die schwarzen, also über der Paste befindlichen Herde eine Platinnadel taucht und dieselbe dann in einen reinen Nährboden senkt, so geht Aureus flott auf. Ich machte diesen Versuch öfter mit dem gleichen Resultate. Wenn ich die ganze schief erstarrte Oberfläche mit Paste bedeckte und dann flüssigen Nährboden darüber goss, hierauf Aureus überimpfte, so bekam ich nur derartige kleine, nach ca. einem Tage tief schwarz werdende Herde: Aber auch diese enthielten, selbst nach längerer Zeit noch, lebende Kokken.

Ich glaube nicht, dass diese Erfahrungen ein Argument gegen die Dignität des Airols seien. Das Airol ist zweifellos ein vorzügliches Antisepticum, von dessen Brauchbarkeit ich längst überzeugt bin; die Sache scheint vielmehr dahin zu deuten, dass die Zusammensetzung der Paste ungünstig ist. Ich stelle mir vor, dass jedes Airolkörnchen geradezu von einer dünnen Gummimembran umhüllt und dadurch vor Zersetzung geschützt wird. Auf der chemischen Zersetzung des Pulvers beruht indess seine antiseptische Kraft. Die, wenn auch kleinen Herde dürften nicht zur Entwicklung gelangen oder müssten jedenfalls sehr rasch schwarze Farbe annehmen, wenn die Paste genügend rasch Jod abgeben könnte.

In der That zeigt die Praxis, dass die kleinen Eiterherde sehr rasch heilen, wenn man beim ersten Verbandwechsel Airolpulver und Airolgaze in Anwendung bringt. Mir scheint also das ursprüngliche Präparat intensiver wirksam, als die Paste.

Wenn man sich also nicht entschließen kann, die vielleicht eine Stunde lang andauernde, unter exakter Asepsis durchgeführte Operation auch — ich möchte sagen — aseptisch abzuschließen, sondern der Meinung ist, den in den Hautbälgen befindlichen Kokken antiseptisch begegnen zu müssen, so halte ich es für günstiger, Gaze oder Pulver statt der Paste zu verwenden. Reizerscheinungen sind ja beim Airol nicht zu befürchten. Die Gaze aber saugt die Sekrete doch besser auf als die Paste.

Das Ideal, dem wir indess zustreben, liegt nicht sowohl in der Vervollkommnung antiseptischer Maßnahmen für aseptische Operationen, sondern darin, dass wir die Operation bis zum letzten Akte wirklich aseptisch ausführen. Ersteres wäre mehr Rückschritt als Fortschritt. Jede aseptisch angelegte Wunde per primam heilen zu sehen, wenn sie auch bloß mit steriler weißer Gaze bedeckt worden, das zu erreichen, muss unser Ziel sein.

Herrn Geheimrath v. Winckel meinen besten Dank für die Anregung zur Publikation dieser Beobachtungen.

(Aus der Diakonissenanstalt Bethesda zu Berlin.)

II. Zur Desinfektion der Hände in der Hebammenpraxis.

Von

R. Kossmann und G. Zander.

In einem Aufsatze: »Weitere Beiträge zur Desinfektion der Hebammenhände«[1] hat Tjaden unter Bezugnahme auf Kossmann's Empfehlung des Chinosols für die Hebammenpraxis angegeben, dass bei seinen, zur Prüfung dieses Mittels in der Frauenklinik zu Gießen angestellten Versuchen dessen »desinficirende Wirkung vollständig im Stiche« gelassen habe.

Wir können nicht umhin, zu diesem abfälligen Urtheile einige kritische Bemerkungen zu machen.

Wir sind nun wohl schon durch eine ganze Anzahl von Arbeiten, die vor denen Tjaden's erschienen sind[2], längst darüber aufgeklärt gewesen, wie ungemein schwierig, um nicht zu sagen, unmöglich es ist, eine menschliche Hand vollständig keimfrei zu machen. Gleichwohl hat Tjaden es für nöthig gehalten, uns durch eine große Reihe von Versuchen zu zeigen, dass das, was man selbst mit den umständlichsten und peinlichsten Vorsichtsmaßregeln niemals ganz sicher erreicht, noch weniger erreicht werden kann, wenn man die selbstverständlichste Sorgfalt bei Seite lässt und das alltägliche Verfahren, das bei schlecht geschulten Hebammen üblich ist, imitirt. Er hat uns also gezeigt, dass eine Hebamme, wenn sie ihre Hand 5 Minuten mit einer nicht sterilen Bürste in beliebigem Seifenwasser bürstet und dann unabgespült weitere 5 Minuten in 4‰ige Chinosollösung steckt und bürstet, ihre Hand damit nicht völlig keimfrei machen kann.

Hierzu kann nur darauf verwiesen werden, dass Kossmann das Gegentheil nie behauptet hat, und dass Tjaden sein negatives Resultat mit Sicherheit hätte vorhersehen und sich seine Versuche hätte sparen können.

Wir wissen längst, welche Schmutzfänger Bürsten sind; wir wissen, dass eine Person, die sich mit einer nichtsterilisirten Bürste in heißem Seifenwasser wäscht, damit in bakteriologischem Sinne sich nicht etwa reinigt, sondern ungezählte Keime in die aufgeweichte Epidermis hineinverarbeitet[3]. Steckt man nun die seifige Hand in eine Chinosollösung, so zersetzt man zunächst diese letztere und macht sie größtentheils unwirksam (dasselbe gilt bekanntlich auch,

---

[1] Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1899. Bd. XLI. p. 22 ff.

[2] Wir nennen z. B. Krönig, Döderlein, Küstner.

[3] Die von Tjaden in einer früheren Publikation (Alkohol und Händedesinfektion, Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie, Bd. XXXVIII, p. 352 ff.) aufgestellte Behauptung, dass die mit der Bürste auf eine durch warmes Seifenwasser aufgeweichte Epidermis übertragenen Keime »nur locker haften können«, erscheint bei der oberflächlichsten Überlegung unhaltbar.

wenn man sich einer Sublimatlösung bedient). Aber auch davon abgesehen, und selbst wenn man die Seifenlösung vorher sorgfältig in reinem Wasser auswäscht, darf man natürlich nicht mit einer nichtsterilen Bürste die Hand im Chinosolbade bürsten. Es liegt ja auf der Hand, dass dabei bis zum letzten Augenblicke der 5 Minuten immer neue keimführende Schichten sowohl der menschlichen Epidermis, als auch der Borsten freigelegt werden, auf die das Desinficiens theils gar nicht, theils erst ganz unvollkommen eingewirkt hat. Wenn nun trotz alledem nach Entnahme des Materiales aus sämmtlichen 5 Unternagelräumen, sämmtlichen 5 Nagelfalzen, sämmtlichen 4 Zwischenfingerwinkeln und nach Abschaben des Handtellers die mit 120—150 Impfstichen versehenen Platten unter 24 Versuchen 6mal, d. h. in 25% der Fälle nur »vereinzelte und isolirte Kolonien« ergaben, so halten wir dies schon für ein überraschend günstiges Ergebnis.

Günstig natürlich nicht im Hinblicke auf den Nutzen, der in solcher Anwendung den kreißenden Frauen geleistet werden würde, sondern nur in Anbetracht der den Erfolg beeinträchtigenden Versuchsanordnung. Übrigens selbst so würde Kossmann's Empfehlung des Chinosols an Stelle der in unserem Hebammenlehrbuche vorgeschriebenen Waschungen in 3%igem Karbolwasser immer noch berechtigt sein, da dieses Mittel noch unwirksamer, dabei nicht ungefährlich und für die Hände vieler Hebammen unerträglich ist.

Indessen hat Kossmann auch, als er die Einführung des Chinosols in die Hebammenpraxis von Staatswegen empfahl, natürlich vorausgesetzt, dass der Staat sich die inzwischen gesammelten Erfahrungen zu Nutze machen und überdies die Zersetzlichkeit des Chinosols durch Seifenwasser berücksichtigen müsste. Es ist sicherlich nicht zu viel von der Hebamme verlangt, wenn man ihr zumuthet, die Bürste, die sie verwendet, vor dem Gebrauche auszukochen und sich die Hände nach der Seifenreinigung in reinem, wo möglich fließendem Wasser abzuspülen, ehe sie sie in die Chinosollösung taucht. Endlich wird man auch in den allermeisten Fällen der Hebamme zumuthen können, dass sie die Chinosolwaschung auf 7 Minuten ausdehnt. Kossmann hat bereits in seinem Aufsatze: »Zur Chinosolfrage« (Centralblatt für Gynäkologie 1896 No. 14) darauf aufmerksam gemacht, dass 5 Minuten nicht genügen und den dringenden Wunsch ausgesprochen, »dass die Versuche mit dem Mittel in dieser Modifikation . . . fortgesetzt würden«. Wenn Tjaden auch diesen Wunsch einfach ignorirt hat, bedeutet sein Misserfolg auch schon aus diesem Grunde nichts.

Wir haben uns nun entschlossen, selbst eine Reihe von Versuchen vorzunehmen, die Herr Dr. Georg Zander geleitet hat.

Zuvor möchten wir bemerken, dass das zu den Versuchen herangezogene Personal der der ärztlichen Leitung Kossmann's unterstellten Diakonissenanstalt Bethesda allerdings ein vorzüglich geschultes ist und von dem rühmenswerthen Ehrgeiz, sich wirklich er-

folgreich zu desinficiren, derartig beseelt war, dass es uns die größte Mühe machte, diejenige Schwester, bei welcher (im ersten Versuche No. 6) 9 Impfstiche in der Agarplatte angegangen waren, zu beruhigen und zu trösten. Wir sind aber der Meinung, dass gerade dieser Umstand die Versuche beweiskräftiger macht; denn Misserfolge bei gleichgültiger Ausführung oder schlechter Schulung sind nicht auffällig und sprechen nicht gegen das Antisepticum.

Unser erster Versuch, am 26. Februar 1900, wurde, zur Feststellung des Ergebnisses bei Verzicht auf Bürsten, mit 7 Personen vorgenommen. Alle reinigten die Hände zunächst genau 5 Minuten lang mit Schleich'scher Marmorseife und warmem Wasser. Nach Abspülung der Seife in fließendem warmem Wasser wurden die Hände 5 Minuten lang in 2‰iger Chinosollösung (stärkere Koncentrationen sind unnöthig) ohne Zuhilfenahme einer Bürste oder dergleichen gebadet. Dann wurde die Chinosollösung mit frisch abgekochtem warmem Wasser sorgfältig abgespült. Es wurde dann mit einer nach jeder Impfung wieder ausgeglühten stählernen Stricknadel, ganz in der von Tjaden befolgten Methode, in Petri-Schalen mit Glycerinagar abgeimpft, und zwar von allen Unternagelräumen, Nagelfalzen, Zwischenfingerwinkeln und der Palma manus der rechten Hand jeder Versuchsperson, so dass jede Schale 15 Stichgruppen enthielt.

Nach 40stündigem Aufenthalte im Brutschranke bei 36° C. ist das Resultat folgendes:

3 Schalen gänzlich keimfrei;
auf 2 Schalen je ein Impfstich angegangen;
auf 1 Schale (No. 6) 9 Impfstiche angegangen;
bei 1 Schale das Resultat unsicher, da eine diffuse Trübung der Platte entstanden ist (die Impfstiche scheinen frei zu sein).

Wir setzten dann am 5. März 1900 diese Versuche fort, indem wir die erste, 5 Minuten währende, Waschung mit gewöhnlicher Seife und frisch ausgekochten Bürsten vornehmen ließen. Danach wuschen 5 Versuchspersonen die Hände 5 Minuten lang mit 2‰igem Chinosol, 5 dagegen eben so lange mit 3%iger Karbolsäure. Bei allen wurde das Desinficiens wieder mit abgekochtem Wasser sorgfältig abgespült. Von den ersten 5 Personen (Chinosol) wurde auf Nährgelatine, von den anderen 5 (Karbolsäure) auf Glycerinagar abgeimpft, und zwar ganz in der oben beschriebenen Weise. Die Schalen ad 1 verblieben in Zimmertemperatur, die ad 2 im Brutschranke bei 36° C. — Nach 48 Stunden waren alle 10 Schalen, mit Ausnahme von 4 sichtlichen Luftkeimen, die außerhalb der Impfstiche lagen, vollkommen steril.

Wenn dieser Versuch nichts zu Gunsten einer Überlegenheit des Chinosols über die Karbolsäure beweist, so haben wir ihn doch nicht unveröffentlicht lassen wollen. Er zeigt übrigens, wie viel

eine frisch ausgekochte Bürste in geschulten Händen bedeutet.

Am 10. März 1900 wurde dieser Versuch mit der Modifikation wiederholt, dass die Einwirkung des Chinosols auf 3 Minuten reducirt wurde. Also: 5 Minuten Abseifen mit steriler Bürste, Abspülen, 3 Minuten 2‰iges Chinosol, Abspülen mit gekochtem Wasser, Impfung. Es wurde in der bereits beschriebenen Weise von 6 Versuchspersonen auf Nährgelatine geimpft. Nach 48 Stunden in 3 Schalen je 1 Luftkeim; Impfstiche sämmtlich steril.

Ganz der gleiche Versuch wurde am 17. März 1900 mit 5 Versuchspersonen wiederholt, nur dass statt des Chinosols 3%ige Karbolsäure verwendet wurde. Hier blieben 4 Schalen völlig steril, während in einer der dem Rücken der Hand entsprechende Impfstich eine Kultur angehen ließ.

Schließlich wurden noch am 28. März und am 3. April 1900 2 Parallelversuchsreihen gewonnen, bei denen sonst ganz wie in den letztgeschilderten verfahren, aber die Einwirkung des Desinficiens auf 7 Minuten verlängert und der Befund der Nährgelatineschalen erst am 6. Tage aufgenommen wurde.

Es ergab sich nun:

Alle 5 Platten der Chinosolversuchsreihe bis auf einige unzweifelhafte Luftkeime völlig steril.

Von den 4 Platten der Karbolversuchsreihe nur

1 Platte steril;
1 » trägt 2 Kolonien;
1 » » 3 »
1 » » zahlreiche Kolonien.

Diese letzten Parallelversuche, zusammengehalten mit den vorausgegangenen und den von verschiedenen anderen Seiten ausgeführten und anderweitig publicirten, schienen uns genügend, um die überlegene Desinfektionswirkung der 2‰igen Chinosollösung über die den Hebammen vorgeschriebene 3%ige Karbolsäurelösung zu bestätigen. Zu dieser überlegenen Wirkung gesellen sich dann aber noch die Vorzüge, dass das Chinosol ungiftig ist, die Epidermis nicht reizt und die Finger nicht taub macht.

Auch nicht nur relativ, sondern absolut können unsere Versuche wohl befriedigen. Wir sind uns zwar wohl bewusst, dass sie keineswegs eine vollständige Sterilisirung ungepflegter, mit Keimen überladener Hände beweisen. Hätten wir solche zu Versuchszwecken benutzt, und dann etwa noch bei den Impfversuchen die Epidermis mit scharfen Instrumenten abgekratzt, so würden wir gewiss ungünstigere Ergebnisse erhalten haben. Einerseits aber sind wir überzeugt, dass wir unter den angegebenen Vorbedingungen auch mit keinem anderen Mittel mehr erreichen würden, andererseits würden sie den in der normalen Praxis gegebenen nicht entsprechen. Weder bei der Exploration, noch bei den der Hebamme gestatteten Operationen erleidet die Hand der Hebamme eine solche

Reibung, dass die tieferen Schichten der Epidermis bloßgelegt werden. Ein Versuch, bei dem mit einem scharfen Instrumente, wie es ein stählerner Nagelreiniger ist, kräftig im Unternagelraume und auf der Palma manus herumgekratzt wird, ahmt die eine Infektionsgefahr bedingenden wirklichen Vorgänge keineswegs nach. Dazu kommt nun, dass solche isolirte Keime, wie Tjaden sie in 25% seiner Versuche übertrug, in der Praxis aller Erfahrung nach ungefährlich sind, vom lebenden Organismus überwältigt werden. Endlich aber darf für die praktischen Verhältnisse nicht unbeachtet bleiben, dass die Ungiftigkeit und Reizlosigkeit der Chinosollösung es durchaus gestattet, den von der Lösung triefenden Arm einzuführen und damit die Vermehrungsbedingungen der etwa noch übertragenen Keime des Weiteren außerordentlich zu beeinträchtigen.

Sonach dürfen wir also wohl die von dem Einen von uns geäußerte Empfehlung des Chinosols als des relativ besten Desinfektionsmittels für die Hebammenthätigkeit getrost aufrecht erhalten.

(Aus der kgl. Frauenklinik zu Greifswald.)

III. Beitrag zur operativen Behandlung der Eileiterschwangerschaft.

Von

Dr. Jung, Assistenzarzt.

Im Laufe des März d. J. hatte ich Gelegenheit, in Vertretung von Herrn Prof. A. Martin die beiden folgenden Fälle von Tubargravidität zu operiren. Es war mir dadurch die Möglichkeit gegeben, am eigenen Beobachtungsmateriale zu prüfen, wie sich bei den verschiedenen zu Gebote stehenden Wegen der operative Eingriff bei dieser Erkrankung gestaltet.

I. Frau H., 41 Jahre, aufgenommen 3. März 1900.

Pat. giebt an, ihre Regel sei bis Mitte December 1899 regelmäßig gewesen, am 17. Januar 1900 habe sie eine nur eintägige Blutung gehabt, seitdem ist sie ausgeblieben. Seitdem auch Schmerzen im Unterleibe, die manchmal eine plötzliche Steigerung erfahren, wobei auch einmal ein leichter Ohnmachtsanfall eintrat. Seit 14 Tagen starker Fluor, ab und zu Erbrechen.

Befund in Narkose: Scheide mäßig weit, Uterus leicht vergrößert, liegt normal. Linke Adnexe zart. Im Douglas'schen Raume fühlt man rechts und hinter dem Uterus eine weiche Masse. Die rechte Tube geht in eine kleinfaustgroße Geschwulst über von unregelmäßiger Form, weicher Konsistenz.

Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Rechtsseitige Tubargravidität, Hämatocele.

Operation 5. März: Abrasio ergiebt sehr stark gewucherte Mucosa. Kolpotomia ant.; schon vor Durchtrennung der Plica vesico-uterina sieht man durch das vordere Peritonealblatt dunkles Blut hindurchschimmern. Nach Eröffnung der Plica stürzen theils flüssige, theils geronnene Massen hervor. Der Uterus wird vor die Scheidenwunde geleitet; es zeigt sich, dass die rechte Tube eine Geschwulst enthält. Es gelingt verhältnismäßig leicht, mit einiger Geduld den Tumor mit Gazetupfern hervorzuheben. Die rechte Tube ist in der Mitte rupturirt, uterines und abdominelles Ende zeigen normale Verhältnisse, an der Rupturstelle ist die

Tube mit dem Fundus uteri verwachsen. An dieser Stelle sitzt nach der Bauchhöhle zu eine kleinapfelgroße Geschwulst, aus Chorionzotten und schalenförmig darum angesetzten Blutschichten mit Fibringerinnseln bestehend, in deren Mitte noch Spuren der Eihöhle sichtbar sind. Es wird der Tumor sammt dem Fimbrienende nach Unterbindung des betreffenden Theiles der Ala vespertilionis abgetragen. Dann wird eine Sonde in das centrale Ende der Tube eingeschoben und nun mit dünnen Katgutknopfnähten Tubenmucosa mit Tubenserosa vernäht. Darauf ist die Tube bis zum Uterus bequem für eine Sonde durchgängig, das abdominale Ende klafft. Ausräumung des geronnenen Blutes aus der Bauchhöhle, Vaginifixur 2 cm oberhalb der Plica vesico-uterina.

Mikroskopisch zeigt die Mucosa uteri keine Deciduabildung; Schnitte aus dem entfernten Tumor bestehen aus Chorionzotten, Blut- und Fibrinmassen.

Glatte Heilung, Entlassung am 18. Tage p. op.

II. Frau K., 36 Jahre, hat einmal spontan geboren vor 12 Jahren. In den letzten Monaten häufig Schmerzen im Leibe und im Kreuze, starker Fluor. Menses immer regelmäßig seit dem 17. Jahre. Letzte Menses vor 14 Tagen in gewohnter Stärke.

Status: Uterus liegt retroflektirt, fixirt durch feste Verwachsungen, auch in Narkose nicht aufzurichten; Portio war hinter der Symphyse. Linke Adnexe zart und glatt, rechte Adnexe verdickt und verwachsen, Tube scheint hinter dem Uterus zu liegen, doch lässt sie sich eben so wenig wie das Ovarium mit Sicherheit differenziren. In beiden Brüsten Kolostrum.

Diagnose: Retroflexio uteri, Pelveoperitonitis chronica; bezüglich des rechtsseitigen Adnextumors wurde angenommen, derselbe sei entzündlicher Natur, oder — wegen des Inhaltes der Brüste — eine Tubenschwangerschaft.

Operation 12. März: Abrasio ergiebt stark gewucherte Mucosa uteri. Kolpotomie, leichte Eröffnung der Plica vesico-uterina. Aus der Bauchhöhle stürzen Cruormassen und wenig frisches Blut. Es gelingt mit vieler Mühe, den Uterus aus den zahlreichen und festen Verwachsungen zu lösen und vor die Scheidenwunde zu entwickeln, sodann auch die rechte Tube durch Eingehen mit 2 Fingern auszuschälen und schließlich hervorzuleiten. Die ganzen Beckenorgane erweisen sich als in ältere, zum Theil in Organisation begriffene Blutmassen eingebettet. Im Isthmus der rechten Tube eine walnussgroße Anschwellung mit dunkelblauroth durchschimmerndem Inhalte; Fimbrienende normal. Es wird auf der Höhe des Tumors die Tube längs incidirt, das in eine Mole verwandelte Ei ausgeschält und nun, da centrales und peripheres Tubenende völlig frei durchgängig ist, auf einer eingelegten Sonde die Tubenwand wieder vernäht. Nach Versorgung zahlreicher blutender Adhäsionsstellen durch Naht Vaginifixur des Uterus 2 cm über der Plica vesico-uterina.

Glatte Heilung, Entlassung 20 Tage p. op.

Mikroskopisch: In der Mucosa uteri keine Spur von Deciduabildung, eine Eigenthümlichkeit, die die beiden Fälle gemeinsam haben. Die Decidua war schon ausgestoßen.

Das ausgeschälte Ei zeigte auf Schnitten Chorionzotten und coagulirtes Blut.

Es handelt sich also im I. Falle um Ruptur der schwangeren Tube mit solitärer Hämatocele, im II. um unvollendeten Tubenabort, gleichfalls mit mäßiger Hämatocele. In beiden Fällen ist es gelungen, auf vaginalem Wege das Schwangerschaftsprodukt zu beseitigen und die das Ei bergende Tube der Frau in funktionsfähigem Zustande zu erhalten.

Es liegt nicht in der Absicht der folgenden Ausführungen, eine vollständige Darstellung der Behandlung der Tubengravidität zu geben, nur auf die im vorstehenden Satze enthaltenen Hauptpunkte: vaginaler Weg, Erhaltung der erkrankten Tube muss ich

eingehen, veranlasst durch zwei in letzter Zeit erschienene Abhandlungen von Madlener[1] und Herrmann[2], die nach verschiedenen Richtungen theils zur Kritik herausfordern, theils unseren Beifall finden müssen.

Madlener kommt auf Grund eigener Erfahrung zu einer Verwerfung des vaginalen Weges bei der Operation entzündlicher Adnextumoren in allen Fällen und bei der Tubenschwangerschaft bis auf die nach seiner Ansicht sehr selten zur Beobachtung gelangenden Fälle mit unversehrtem Fruchtsacke in den ersten Monaten. Diese Fälle kommen aber, wie ich selbst an dem Materiale von A. Martin während dreier Jahre, in denen ich im Ganzen ca. 40 Fälle gesehen und 5 selbst operirt habe, beobachten konnte, im Gegentheile gar nicht so selten vor und wenn sie auch keine alarmirenden Symptome machen, so bringen sie doch vielfach alle die Beschwerden mit sich, wie sie besonders entzündlichen Adnextumoren eigen sind, mit denen sie ja auch nicht selten verwechselt werden. Und gerade sie sind sehr häufig am vortheilhaftesten auf vaginalem Wege anzugreifen. Es ist das von vorn herein für alle Anhänger der Kolpotomie unerwartet, hat doch gerade Madlener noch vor nicht langer Zeit in einem Vortrage[3] in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in München sich als warmer Anhänger dieser Operation bekannt und in der durch seinen Vortrag veranlassten sehr stürmischen Diskussion mannhaft eine Lanze für das dort von vielen Seiten heftigst angegriffene Verfahren eingelegt. Es müssen ihn also gewichtige Gründe veranlassen, für die in Rede stehenden Fälle auf die Kolpotomie zu verzichten, und in der That giebt ihm sein 1. Fall, Entwicklung einer ausgetragenen, extra-uterin gewachsenen Frucht durch hinteren Scheidenschnitt, ein gutes Recht, von der Wiederholung eines so schwierigen Eingriffes abzurathen. Dies trifft jedoch nicht zu für den 2. Fall, bei dem er das gänseeigroße, der linken Tube angehörende Schwangerschaftsprodukt wohl durch Kolpotomia ant. entwickeln konnte, jedoch nur mit Schwierigkeit das blutende Lig. lat. sin., von dem das Fimbrienende der Tube bei der Hervorleitung abgerissen war, vernähen konnte, und der, trotz glatter Heilung, den Operateur unbefriedigt ließ, weil er Furcht hatte, es könne eine der in der Tiefe liegenden Ligaturen abgleiten.

Ich glaube, die pessimistische Auffassung in letzterem Falle geht etwas zu weit und wenn sie Anhänger gewinnen sollte, so würden wir in der Behandlung der entzündlichen Adnextumoren überhaupt anstatt des erstrebenswerthen Fortschrittes einen bedenklichen Rückschritt erleben.

---

[1] Madlener, Vaginale Operationen bei Extra-uterin-Gravidität. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XI. p. 757.

[2] Herrmann, Beitrag zur konservirenden Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLII. p. 193.

[3] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. p. 893.

Denn das Princip, das bei einer großen Anzahl hervorragender Operateure heute die operative Gynäkologie beherrscht, stellt als obersten Grundsatz hin: Alles, was mit Aussicht auf Erfolg auf vaginalem Wege ausführbar ist, muss auch auf vaginalem Wege gemacht werden. Nur bei der Unmöglichkeit, auf ihm zum Ziele zu gelangen, tritt an seine Stelle der Angriff vom Abdomen aus.

Ich unterlasse es, hier auf Einzelheiten einzugehen, als Beispiel für den in den letzten Jahren eingetretenen Umschwung zu Gunsten des vaginalen Weges führe ich nur Schauta[4] an, der jetzt nur den vaginalen Weg empfiehlt, nachdem er vorher 2mal, in Breslau 1893 und in Wien 1895, auf dem Gynäkologenkongresse warm für die Laparotomie eingetreten war. Dass allerdings der vaginale Weg schwieriger ist, erkennt auch er an[5]: »Es muss allerdings zugegeben werden, dass die Technik sehr schwierig ist, dass eine größere Erfahrung zur Ausführung derartiger Operationen gehört, eben so wie auch viel Geduld. Doch ist der Einwand, dass die Operation im Dunkeln erfolge, nicht stichhaltig«.

Die Schwierigkeiten dürfen aber nicht abschrecken, den für besser erkannten Weg zu wählen, man muss sie zu umgehen und zu überwinden lernen, mag man auch manche Enttäuschung dabei erleben.

Dass aber der vaginale Weg für die Kranken besser und ungefährlicher ist, ist wieder eine so feststehende Thatsache, dass ich ihrer nicht Erwähnung thun würde, wenn nicht ein Satz in der Herrmann'schen Arbeit[6] mich dazu nöthigte. Dort heißt es: »Andererseits haben wir es aber gelernt, einen solchen Grad von Keimarmuth zu erreichen, dass, günstige Verhältnisse von Seiten des Organismus vorausgesetzt, eine Operationsinfektion doch zu den größten Seltenheiten gehören wird«. »Heute muss jeder Operateur die Laparotomie hinsichtlich der Infektion eben so ungefährlich gestalten können, wie einen vaginalen Eingriff.«

Das trifft aber doch, wenn überhaupt, nur dort zu, wo man bei der Indikationsstellung namentlich eitriger Adnextumoren, so konservativen Grundsätzen huldigt, wie an der Breslauer Klinik, und das dürfte wohl die geringere Anzahl der Operateure sein. Wer, wie z. B. Schauta[7], die Indikation weiter stellt, der weiß, dass es in Wirklichkeit doch ein ganz bedeutender Unterschied ist, ob das Platzen einer Eitertube bei abdominaler oder vaginaler Operation erfolgt[8], und aus diesem Grunde empfiehlt sich bei solchen Operationen erst recht der vaginale Weg. Aber auch ohne diese Voraussetzung, z. B. bei Tubengravidität, bei kleineren Ovarialtumoren, wählen wir,

---

[4] Schauta, Über die Einschränkung der abdominalen Adnexoperationen zu Gunsten der Radikaloperation. Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. p. 49.

[5] l. c. p. 158.

[6] l. c. p. 220 u. 221.

[7] l. c. p. 49.

[8] Schauta, l. c. p. 151.

trotz oft bedeutend größerer Schwierigkeit, gleichfalls den vaginalen Weg, weil er trotz aller per laparotomiam erreichten guten Resultate, doch immer der schonendere bleiben wird, und wäre es ceteris paribus nur desshalb, weil er den Pat. die Laparotomienarbe erspart.

Nur eine Einschränkung muss bei der vaginalen Operation doch gemacht werden: nicht etwa Größe des Tumors, denn dabei wird man sich durch Zerstückelung oder ev. Entleerung helfen — sondern sehr hochgradige Verwachsungen.

Diese Einschränkung muss in manchen Fällen selbst für den Geübtesten bestehen bleiben; wie weit ihr Raum zu geben ist, richtet sich nach der Erfahrung und dem Können des Operateurs in jedem einzelnen Falle; es lassen sich darüber keine festen Regeln aufstellen; doch wird es bei ruhiger Abwägung der Schwierigkeit der Aufgabe auf der einen und des Könnens auf der anderen Seite wohl kaum vorkommen, dass man den vaginalen Weg verlassen und zu dem abdominalen übergehen muss.

Und ist dies schließlich das eine oder andere Mal nöthig, so kann es jeder Zeit geschehen und erschwert den Eingriff vom Abdomen her in keiner Weise.

Bezüglich der Wahl des Angriffsweges besteht zwischen entzündlichen Adnextumoren und Tubargravidität in den früheren Monaten kein Unterschied, ist es doch in manchen Fällen überhaupt unmöglich, die Differentialdiagnose zwischen beiden mit Sicherheit zu stellen. Wohl aber besteht ein großer Unterschied in der weiteren Behandlung der hervorgeleiteten erkrankten Organe selbst. Und da ist es am Platze, den Rath Herrmann's, bei der Behandlung erkrankter Adnexe möglichst konservativ zu verfahren, in weitgehendster Weise zu berücksichtigen, wie es schon seit langer Zeit von der A. Martin-schen Schule gethan wird.

Erweist sich bei der Operation eine Tube als mit Eiter erfüllt und in ihrer Wandung stark verdickt und entzündlich verändert, dann werden wir allerdings in den meisten Fällen nicht umhin können, sie selbst bei jugendlichen Personen zu entfernen, wenn gleich die Erfahrung lehrt, dass namentlich gonorrhoisch erkrankte Tuben auch in solchem Stadium noch ausheilen können. Viel günstiger liegt dagegen die Sache bei Flüssigkeitsansammlung auf katarrhalischem Boden (Sactosalpinx serosa) und bei Tubengravidität. Bei beiden Erkrankungen soll man, wenn die Veränderungen nicht zu hochgradig sind, nie den Versuch unterlassen, der Pat. wenigstens eine Tube und damit die Konceptionsfähigkeit zu erhalten, vorausgesetzt natürlich, dass wenigstens ein Ovarium funktionsfähig ist.

Das einzuschlagende Verfahren ist von A. Martin schon früher beschrieben[9], bei der Tubengravidität wird man verschieden handeln, je nachdem Abort oder Ruptur mit kleiner Öffnung einerseits oder Ruptur mit großer Zerstörung andererseits vorliegt. In letzterem

[9] A. Martin, Krankheiten der Eileiter. 1895. p. 214.

Falle wird man die Resektion der Tube, im ersteren die Ausschälung des Eies und Vernähung des Schlitzes der Tubenwand vornehmen. Erfolgt die Heilung glatt, ohne Infektion, so dürfte bei diesem Verfahren eine funktionsfähige Tube resultiren, da ja, wie mehrfache Erfahrungen und auch Fränkel's experimentelle Ergebnisse lehren, gerade dies Organ für spätere Durchgängigkeit sehr günstige Aussichten bietet. Die technischen Schwierigkeiten des Verfahrens sind gering, wenn nur das Organ völlig von seinen Adhäsionen gelöst ist. Die Lösung allerdings stellt oft Kräfte und Geduld des Operateurs auf eine harte Probe.

Schon bald nach dem Aufkommen der Kolpotomia anterior hat A. Martin empfohlen, sie auch zur Behandlung der Tubengravidität früherer Monate zu verwerthen[10], nachdem Dührssen[11], Kossmann[12] und Prochownik[13] diesen Weg zuerst mit Erfolg betreten hatten. Der Fall des letzteren Autors ist besonders interessant, weil die betreffende Pat. nur noch eine Tube besaß und es gelang, durch Ausschälung des Eies und Vernähung des Schlitzes die Konceptionsmöglichkeit zu erhalten.

So sind in den Jahren 1897—1899 in der Martin'schen Anstalt in Berlin 9 Fälle von Tubengravidität auf dem Wege der Kolpot. ant. operirt, davon 3 mit Entfernung der Tube (1 links, 2 rechts), 3 mit Incision, Evakuation des Eies und Vernähung (3 links), 3 mit Resektion (1 links, 2 rechts), dazu noch die beiden oben beschriebenen, im Ganzen 11 Fälle, die sämmtlich geheilt sind. Über konservativ-operative Behandlung der Sactosalpinx serosa kann ich bestimmte Zahlen nicht geben, da das Material aus der Berliner Anstalt mir nicht mehr völlig zur Verfügung steht, jedoch ist eine größere Reihe von Fällen so behandelt worden.

Diese Methode ermöglicht es uns, trotz operativen Vorgehens, den Forderungen konservativer Behandlung der Adnexerkrankungen, wie sie an der Breslauer Klinik verlangt werden, in weitgehender Weise gerecht zu werden und zugleich die Kranken von ihren Beschwerden zu befreien, was ja ganz ohne Operation in vielen Fällen doch nicht gelingt. Die abdominale Köliotomie bleibt, so weit sie bei Tubargravidität angewandt wird, auf die Fälle beschränkt, bei denen akute Anämie, Größe des Eies oder zu hochgradige Adhäsionen den vaginalen Weg verbieten.

Ich meine, solche mit Umgehung der abdominalen Köliotomie erreichten guten Resultate sollten, gerade in Rücksicht auf die dabei glücklich überwundenen Schwierigkeiten, bei dem Operateur Be-

---

[10] A. Martin, Die Kolpotomia anterior. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. II. p. 109 ff.

[11] Dührssen, Centralblatt für Gynäkologie 1895. No. 15. p. 385.

[12] Kossmann, Verhandlungen der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe u. Gynäkologie vom 22. März 1895.

[13] Prochownik, Verhandlungen des VI. Gynäkologenkongresses zu Wien. 1895. p. 806 ff.

friedigung hervorrufen, besonders im Hinblicke auf das gute Befinden der Operirten, und es wäre sehr zu bedauern, wenn Madlener's pessimistische Auffassung andere Operateure davon abhalten sollte, gegebenen Falles dem vaginalen Wege den Vorzug zu geben.

---

1) M. Sänger (Prag). Aphorismen über mechanische Desinfektion und Infektionsprophylaxe.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 1—4.)

In seiner Antrittsrede giebt S. ein übersichtliches Bild über den gegenwärtigen Stand der Desinfektionsfrage mit allen ihren technischen und klinischen Neuerungen. Das anatomisch eigenartige, zu Infektionen besonders geeignete Gebiet der Gynäkologie, die Subtilität der Peritonealhöhle, weiter die Infektionsgefahr des frisch puerperalen Tractus sexualis, voran des Uterus, welcher ein Gebiet von Wunden birgt, das auf die Körperoberfläche projicirt, eine riesige Ausdehnung hätte, endlich der Gehalt der Scheide an mitunter auch virulenten Mikroben, all diese Momente legen in Übereinstimmung der auch von den Anhängern der Selbstinfektion zugegebenen Thatsache, dass die schweren Puerperalinfektionen überwiegend durch Außeninfektion zu Stande kommen, die hohe Wichtigkeit der strengsten subjektiven Desinfektion und der subjektiven Prophylaxe von Infektion klar vor Augen. In Bezug auf das wichtigste Problem der Asepsis: der Desinfektion der Hände und der Haut, hat sich als unabänderliches Faktum ergeben, dass wohl relative, nicht aber absolute und dauernde Keimfreiheit durch die bisherigen chemischen Desinfektionsmethoden erzielbar ist, weil die baktericiden Mittel eben nicht in die schlupfwinkelartigen Drüsen, Spalten und Poren des Hautorganes vordringen können. Während das Problem der Sterilisation aller aus unbelebter Materie hergestellten Gegenstände, auch des gesammten Nahtmateriales, auf physikalischem Wege (durch heißes Wasser, strömenden Dampf) als ziemlich gelöst anzusehen ist, bereitet sich gegenwärtig in der Frage der Händedesinfektion ein neuerlicher Umschwung vor, nämlich eine weitere Verdrängung des Chemismus, der Antiseptica. Wie Lawson Tait schon vor Lister mit bloßen energischen Seifenwaschungen glänzende Resultate erzielte, wie Schimmelbusch schon die Rolle der chemischen Desinfektion als untergeordnet bezeichnete, so hat auch S. in seinem Werkchen über »Asepsis« betont, dass die erste Desinfektion eine mechanische sein müsse, mit mechanischen Mitteln müssen die Schlacken und Schuppen der Haut sammt den eingeschlossenen Mikroben entfernt werden, bei Anwendung energischer Mittel, z. B. Sand und Kaliseife, Kernseife, ist die chemische Desinfektion oft gar nicht nöthig. Diese Erkenntnis von der Unerreichbarkeit der tiefen Hautmikroben führte zum Operiren unter dem Schutze von Handschuhen, von denen die Wölfler'schen Lederhandschuhe, so wie die Friedrich'schen Gummihandschuhe (Döderlein) einwandfrei sind. Diese wünschenswerthe Neuerung wird aus

praktischen Gründen wohl beschränkt bleiben. Weiter suchte man Mittel, die in die Tiefe zu dringen vermögen, z. B. Spiritus saponatus (Mikulicz), wobei die Desinfektion zugleich nur einen Akt ausmachen sollte. Aber dieses Mittel reizt die Haut und seine Wirkung dürfte ohne vorausgeschickte mechanische Desinfektion auch keine sichere Tiefenwirkung darstellen. Auch die nicht reizenden, in die Tiefe der Haut eindringenden antiseptischen Salben (nach Art der wasserlösenden Metalle) stellen immer noch chemische, also unzulängliche Desinfektionsverfahren dar.

Den Gedanken, die Hautdesinfektion unter völliger Weglassung chemischer Mittel in einen mechanisch-physikalischen Akt zusammenzudrängen, verfolgt Schleich mit seiner Marmorseife, deren Entstehung und Wirkung den Hauptinhalt des originellen und ideenreichen Werkes »Neue Methoden der Wundheilung« darstellt. S. bespricht nun eingehend die zahlreichen viel versprechenden Vorschläge dieses glänzend geschriebenen Buches, besonders die Anforderungen Schleich's für die Erreichung einer Sterilisation der Haut allein mittels mechanischer Handhaben in einem Akte: dieses Ziel will Schleich erreichen durch seine Marmorstaubstearceratseife. Nach Lösung des Fette, theils durch den mechanisch wirkenden Sand, theils durch die ammoniakalische Seife, bekommt die Haut einen (unlöslichen?) Überzug von Cerat, worin S. die wichtigste und originellste Komponente der jetzigen Schleich'schen Seife sieht. Ob dieser Wachsüberzug auf die Dauer den Einwirkungen von Blut und Sekreten widersteht, ist fraglich, obwohl Schleich bis 97% Keimfreiheit erzielte. Doch sind seine bakteriologischen Untersuchungen mangelhaft, da man mit einer weichen Platinöse von der Haut nichts abbekommen kann. Soll nun die Schleich'sche Universalseife, deren Zusammensetzung gewiss eine vorzügliche ist, die bisherigen Verfahren plus chemischer Desinfektion wirklich ersetzen, so musste Schleich folgerichtig Bürsten, Alkohol, Sublimat etc. verbannen. S. zeigt, dass die Gefahren der Bürsten nur die Folge ihrer schlechten Behandlung sind. Kocht man dieselben zuerst in Soda, dann erst in Sublimat, bringt man sie hauptsächlich nie mit Blut und Sekreten in Berührung, erfolgt weiter die Sterilisation auf trockenem Wege (Aufbewahrung in metallischen, miterhitzten Büchsen), so dient die Bürste gewiss gut ihrem Zwecke und auch der Sandgebrauch braucht sie namentlich für die Fingerspitzen nicht überflüssig zu machen. S. empfiehlt die Konstruktion einer zerlegbaren aseptischen Bürste. Auch der Alkohol hat noch viele Freunde und das Sublimat wird wohl trotz Schleich seinen Ruf als sicheres Antisepticum weiter bewahren, zudem ja ihrer Anwendung eine mechanische Sandseifenreinigung der Hand vorausgeschickt wird. Mit Recht weist S. den Vorwurf zurück, als sei die Fürbringer'sche Methode zu komplicirt. Man könne die chemische Nachdesinfektion auch mit je einem Mittel Alkohol oder Sublimat (heiß!) ausführen. Die rein mechanische Desinfektion lässt sich (gegenüber der Schleich'schen Methode) einfacher

auch durch die von Sänger schon seit 10 Jahren geübte Methode: energische Bearbeitung der Hände mittels (trocken oder durch Kochen in Sublimat sterilisirten) Sandes in Verbindung mit verschiedener weicher und harter Seife ausüben. Wenn Schleich hier einwendet, dass die klebrige Hülle der Kaliseife die Vollwirkung des Sandes behindere, so kann S. dem gegenüber darauf hinweisen, dass bei seiner Sanddesinfektion stets der Sand die Oberhand behielt. Wäscht man die so bearbeitete Hand in Alkohol, so zeigt sich keine Trübung desselben, während bei unvollkommener Durchführung der Sandbearbeitung ein Bodensatz auftritt. Dabei bleibt die Haut immer glatt, geschmeidig und derb, wie abgehärtet, auch gefeit gegen kleinere Verletzungen und gegen Ekzem. Leicht lässt sich ein Quantum der Sandseife, wie sie S. durch Kochen von Sand mit Mandel- oder Kernseifenmasse herstellen ließ, in einer Blechbüchse überall mitnehmen, so dass besonders für die Hebammen die mechanische Sandseifendesinfektion in erster Linie zu empfehlen wäre. Endlich bespricht S. ausführlich seine bekannten Grundsätze der Autononinfektion in sehr beherzigender Weise. Stets hat die Inspektion der vaginalen Untersuchung vorauszugehen. Bei infektionsverdächtigen Sekreten schützt man sich, indem man (nach Tuffier) den mit einem Fingerling geschützten Finger durch die (gerade fingerweite) Öffnung eines größeren Stückes Billrothbattistes hindurchführt. Sind ja doch neuerdings auch Fingerinfektionen mitunter auf Gonorrhoe zurückzuführen. Ganz unzuverlässig und als ungenügend zu verwerfen ist jede Art der Schnelldesinfektion. Die Selbstsuspension muss mindestens 2 Tage betragen. In der Zusammenfassung am Schlusse seines geistvollen Vortrages erwähnt S., dass auch seine eigenen günstigen Operationsergebnisse die Wirksamkeit der mechanischen Desinfektion klar beweisen. **Piering** (Prag).

---

2) **Theopold** (Lemgo). Zur Antisepsis in der Geburtshilfe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 49.)

Auf Grund eigener, günstiger Erfahrungen empfiehlt T. Kalomel als geburtshilfliches Desinficiens. Nach sorgfältiger vorhergehender Säuberung und Desinfektion der Hände sollen die Finger in ein niedriges mit Kalomel gefülltes Glas so eingestoßen werden, dass besonders der Raum unter den Nägeln versorgt ist. Was sonst an den Fingern haftet, wird über die Hand und den Arm vertheilt, so weit sie mit den Wandungen des Genitalschlauches in Berührung kommen können. In gleicher Weise soll jedes Instrument, welches benutzt wird, und jeder Tampon versorgt werden.

Auch für die Wundbehandlung (besonders bei unreinen, septisch inficirten, ungenügend zu reinigenden Wunden, so wie allgemein in der Kinderpraxis) empfiehlt T. das Kalomel. Bei frischen Wunden ist allerdings exakte Dosirung nöthig und sind Bedeckungen der Verbände durch Guttaperts chapapier zu vermeiden.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) P. Fürbringer (Berlin). Entwicklung und Stand der Händedesinfektion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 49.)

F. giebt ein Sammelreferat der in den letzten 3 Jahren erschienenen Arbeiten über Händedesinfektion. Da die Leser dieses Blattes dieselben fast ausnahmslos aus Besprechungen kennen, so kann hier auf eine Wiederholung des F.'schen Referates verzichtet werden. Bemerkt muss aber werden, dass Letzterer ausdrücklich betont, dass die Haut der Hände in ihrer ganzen Mächtigkeit sicher und absolut zu sterilisiren eine Unmöglichkeit sei. Doch lässt sich nach seinem Dafürhalten eine für unser Handeln im Gros der Fälle ausreichende Händesterilisation durch die verschiedensten Methoden, selbst ohne Alkohol erreichen, aber um so schneller und sicherer, je mehr der Alkohol mit seinen wichtigen Eigenwirkungen benutzt wird.

Graefe (Halle a/S.).

Harnorgane.

4) H. Fenwick (London). Varikositäten der Nierenpapillen.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 3.)

Vor nicht langer Zeit berichtete Ref. an dieser Stelle über die Ansichten Rovsing's, die dahin gehen, dass bei den meisten, wenn nicht bei allen Nierenblutungen, die als »renale Hämophilie« oder als »Nierenblutungen ohne anatomische Ursache« beschrieben wurden, die pathologische Ursache der Blutungen übersehen sei. F. ist der gleichen Meinung und glaubt 2mal in Varikositäten einer Nierenpapille, die vielleicht ihre Ursache in einer lokalen interstitiellen Nephritis haben, das veranlassende Moment solcher Nierenblutungen gefunden zu haben. Bei der Operation wurde das Nierenbecken eröffnet und mit einer starken Lichtquelle beleuchtet. Die erkrankte Papille wurde mit einem scharfen Löffel entfernt. Der pathologische Anatom, Targett, erklärte in dem 1. Falle, dass »die Gefäße stark gefüllt sich zeigten, Blutextravasate und eine Vermehrung der Stromazellen vorhanden waren. Vielleicht liegt ein frühes Stadium der fibrösen Umwandlung vor, die an der Spitze der Nierenpapillen nicht ungewöhnlich ist«. Im 2. Falle berichtete Targett, dass »die Gefäße von Blut ausgedehnt waren und sich einige Blutextravasate zeigten«. Rissmann (Osnabrück).

5) Vanderlinden (Gand). Resektion der Blase wegen eines großen Myxofibroms. Genesung.

(Ann. de la soc. Belge de chir. 1899. No. 5 u. 6.)

32jährige, seit 1 Jahre verheirathete Frau hatte seit 9 Monaten ihre Menses verloren. Seitdem starke Zunahme des Leibumfanges. Fötale Herztöne hörbar. Bei kombinirter Untersuchung fühlt man einen unteren, direkt den Bauchdecken anliegenden Tumor, einen oberen, in welchem harte Theile nachweisbar sind. Geburt eines seit ca. 6 Tagen abgestorbenen Fötus. Normales Wochenbett. Nach 2 Monaten Köliotomie.

Es ergab sich, dass der Tumor vesikalen Ursprunges war und zu seiner völligen Exstirpation auch eine solche der Blase nothwendig gewesen wäre. Möglichst tiefe Resektion der Blase und möglichst ausgiebige Excision des Tumors, von welchem aber doch ein kleiner Theil zurückgelassen werden musste. Naht der Blase und Deckung derselben mit abdominalem Peritoneum. Ausschaltung der großen Wundfläche durch Vernähung des Uterus und der Lig. lata einerseits,

des abdominalen Peritoneums andererseits. Schluss der Bauchhöhle. Drainage des subpubären Raumes und der Blase (von der Harnröhre). Genesung.

Der Tumor ergab sich als ein Myxofibrom. Die Blasenschleimhaut war leicht papillomatös.

Auffallend ist, dass die Pat. nie über Blasenbeschwerden zu klagen gehabt hatte. Während der Schwangerschaft hatte sie 4- oder 5mal reichliche Hämaturie gehabt.

Im Anschlusse an diese Mittheilung berichtete Verhoogen über einen Fall von Blasenresektion, bei welchem er auf Kosten des Peritoneums eine neue Blasenhöhle bilden musste. Es traten keine Infektionserscheinungen auf. Die Pat. lebte noch mehrere Monate mit dieser künstlichen Blase.

Graefe (Halle a/S.).

6) A. Depage (Brüssel). Ein Fall von Ureternaht gelegentlich einer abdominalen Hysterektomie.

(Ann. de la soc. Belge de chir. 1899. No. 5 u. 6.)

Wegen Cervixcarcinom, welches bereits einen großen Theil der Vagina ergriffen hatte, abdominale Hysterektomie. Dabei Durchschneidung des linken Ureters an seinem unteren Ende. Die beiden Enden wurden über einen elastischen Katheter gezogen und dann mittels einer einzigen überwendlichen Seidennaht (No. 1) vereinigt. Wegen Blutung aus dem Scheidenwundrande Tamponade des Beckengrundes mit sterilisirter Gaze, welche aus der Scheide herausgeleitet wurde. Urin war die ersten Tage blutig, dann normal. Entfernung der tamponirenden Gaze nach 48 Stunden. Kein Urinabgang p. vag. Genesung durch einen Bauchdeckenabscess und Cystitis gestört, aber schließlich vollständig.

Graefe (Halle a/S.).

7) C. Williams (Philadelphia). Praktische Gesichtspunkte bei der Behandlung der Cystitis der Frauen.

(Med. age 1899. No. 21.)

W. empfiehlt bei akuter Cystitis tägliche Anregung des Stuhlganges durch salinische Abführmittel, ferner Milchdiät, weiche Eier, Suppen, zartes Fleisch, grüne Gemüse. Bei schmerzhaftem Tenesmus verordnet er Dower'sches Pulver mit Kampher 3—4stündlich, Morphium subkutan, vor Allem aber Codeïn. Auch Bromnatrium mit Bromammonium, Eukalyptusöl, Benzoesäure hat er mit Erfolg angewandt. In vorgeschritteneren Fällen lässt er Kopaiva- oder Perubalsam, auch Terpentinöl nehmen. Von der Faradisation will er hier auch gute Erfolge gesehen haben (eine Elektrode auf die Wirbelsäule, die andere auf die Blasengegend).

Wenn die genannten Mittel im Stiche lassen, geht Verf. zur örtlichen Behandlung mit Ausspülungen über, bei denen er vor Lufteintritt warnt. Die Spülflüssigkeit erwärmt er auf ca. 43° C. Die anfängliche Menge soll eine geringe sein; erst allmählich wird sie gesteigert. Die Ausspülungen werden 2—3mal täglich gemacht. Cocain setzt W. nur 2- oder 3mal zu. Von Adstringentien emfiehlt er Argt. nitr., Zinc. sulf. und Gerbsäure. Nach Benutzung einer starken Höllensteinlösung soll stets mit Salzlösung nachgespült werden. Kali chlor. ist sehr wirksam.

Bei alkalisch reagirendem Urin sind Ausspülungen mit Karbolwasser zu verwenden. Auch das Einführen von Jodoformstiften in die Blase ist empfehlenswerth. Als ultimum refugium bei hartnäckigen Fällen beibt die Herstellung einer Blasen-Scheidenfistel.

Graefe (Halle a/S.).

8) Weill. Über Pyelonephritis während der Schwangerschaft.

Thèse de Paris, Jouve & Boyer, 1899.

Verf. hat 21 Fälle von Pyelonephritis während der Schwangerschaft gesammelt; 4 traten in der 1. Hälfte und 13 in der 2. Hälfte der Schwangerschaft auf, 1 Fall wurde nach einem abortiven Eingriffe und 3 im Wochenbette beobachtet.

Die Infektion kann auf 3 verschiedenen Wegen zu Stande kommen, durch die Harnwege, die Blutbahn und die Lymphbahnen. Am häufigsten geschieht die Infektion durch das Blut und die Ursache ist meistens der Colibacillus. In einem der beobachteten Fälle fand man den Streptococcus.

Die Heftigkeit der bacillären Infektion kann in Folge von Störungen im Intestinaltractus gesteigert werden. Im Nierenbecken tritt diese Infektion desshalb häufig auf, weil durch Kompression der Ureteren durch den graviden Uterus und in Folge der Hyperämie der Nieren während der Schwangerschaft hier ein Locus minoris resistentiae geschaffen wird.

Die Behandlung besteht in Bettruhe, absoluter Milchdiät, Verabreichung von Mineralwasser, Ausspülung der Blase und Sorge für unbehinderten Abfluss des Urins. Steigern sich trotz dieser Behandlung die Symptome, so muss, wenn die Schwangerschaft noch nicht weit fortgeschritten ist, die Nephrotomie gemacht werden; hat die Schwangerschaft den 7. Monat überschritten, so ist die Frühgeburt angezeigt. **Rech** (Trier).

9) **F. Aurnhammer.** Beitrag zur operativen Behandlung von Ureter-Scheidenfisteln.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1898.

Verf. berichtet über die verschiedenen Heilmethoden der Ureter-Scheidenfisteln an der Hand der bis jetzt publicirten Fälle und fügt diesen 3 neue Fälle von Heilung aus der Hofmeier'schen Klinik hinzu. Diese 3 Fälle beweisen zusammen mit den gleich erfolgreichen Fällen aus der angeführten Kasuistik, wie bei planmäßigem Vorgehen eine dauernde Heilung der durch ihr Leiden bis zum Lebensüberdrusse gepeinigten Pat. erreicht werden kann, ohne dass es nöthig ist, zu Operationen seine Zuflucht zu nehmen, welche das vorhandene Übel nur durch ein neues zu heben vermögen, wie Nephrektomie oder totale Kolpokleisis. Die richtige Erkenntnis von der Nothwendigkeit einer präliminaren definitiven Blasen-Scheidenfistel hat vor Allem zu dieser erfolgreichen Operationsmethode geführt. Am Schlusse seiner fleißigen Arbeit fasst A. die konservativen Operationsmethoden zusammen. Dieselben bestehen in:

1) einem direkten Eingriffe, d. h. Einnähung einer Ureterenfistel unmittelbar in eine frisch angelegte Blasen-Scheidenfistel;

2) einem indirekten, indem
   a. zunächst eine Blasen-Scheidenfistel künstlich angelegt und durch Umsäumung auch dauernd offen gehalten wird und dann
   b. in einer 2. Sitzung über Blasen-Scheidenfistel und Ureteren-Scheidenfistel das Scheidengewölbe durch geeignete Anfrischung geschlossen wird.

R. Biermer (Wiesbaden).

10) **Stratz** und **de Josselin de Jong** (Haag). Nephrektomie wegen Tumor der Niere.

(Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaecol. Jahrg. X.)

In dem klinischen Theile dieser Mittheilung bespricht S. die Krankengeschichte der Pat., welche als VIpara 5 Jahre nach der letzten Geburt einen schmerzhaften Tumor in der rechten Ileocoecalgegend spürte. Der Tumor war beweglich, unregelmäßig, höckrig, auf Druck nicht schmerzhaft, rechte Niere nicht palpabel. Diagnose: rechtsseitige Wanderniere; nach klinischer Beobachtung stellte sich heraus, dass intermittirende Hydronephrose bestand mit Nierentumor. Der Harn war immer sauer, spec. Gewicht 1015—1022, kein Albumen, kein Blut, Menge wechselnd, 1000—1800 g. An den Tagen, wo wenig Harn entleert wurde, war der rechtsseitige Tumor gespannt und größer, an den anderen kleiner.

Nach 2 Monaten blutiger Harn. Nephrektomie. Seitliche Incision, anfangend 11. Rippe, bogenförmig nach hinten (vorderer Rand Quadr. lumb.), dann nach vorn bis 2 cm von der Christa ilei. Niere sammt Tumor entfernt. Stiel in 3 Ligaturen en masse abgebunden. Ureter geschlossen, in die Muskeln eingenäht. Wunde

mittels Etagenkatgutnaht ohne Drainage geschlossen. Glatte Heilung. Nach 18 Tagen Harnsekretion größer als vor der Exstirpation.

Das Präparat wurde von de J. bearbeitet. Tumor apfelgroß, theils solid, theils cystisch, alveolär, mehr oder weniger adenomatös, enthält Fett und Glykogen, gehört nach Verf. also zu den von Grawitz zuerst als Strumae aberrantes capsulae suprarenalis beschriebenen Tumoren. **Semmelink** (Leiden).

11) M. Gerulanos (Kiel). Über Cystocele lineae albae.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. Hft. 1 u. 2.)

Die unabhängig von Bauchschnitten entstandenen Brüche der Linea alba sind äußerst selten. Bisher noch nicht mit Sicherheit beobachtet ist eine Cystocele oberhalb der Symphyse; G. hat einen derartigen Fall erlebt. Eine 52jährige Frau hat 8 Entbindungen durchgemacht. Kurze Zeit nach der letzten zeigte sich eine haselnussgroße Geschwulst vor der Symphyse, die sich Anfangs leicht reponiren ließ; später wuchs sie bis zu Hühnereigröße. Bei einer Anstrengung trat ein mannsfaustgroßer Bruch heraus unter heftigen Schmerzen und Urindrang, ohne dass die Frau Urin entleeren konnte. Der Bruch wurde damals reponirt. Dieser Vorgang wiederholte sich noch 2mal. Verf. stellte fest, dass das herniöse Organ die Blase sei, außerdem fand er noch einen mit der Blase in Zusammenhang stehenden Tumor, der bis in die linke Schamlippe reichte. Durch Einschnitt in die Schamlippe wurde er bei der Herniotomie entfernt. Er war gebildet durch ein obliterirtes Divertikel der Blase, das zu einer kleinen Cyste führte, die mit lockerem Fettgewebe zum Theil bedeckt war. Der histologische Befund ließ die Cyste als den Rest einer älteren Gewebsblutung erscheinen. Die Ursache dieser Bruchform ist wohl in einem angeborenen mangelhaften Verschlusse der Linea alba zu suchen, dessen schwache Widerstandskraft durch Schwangerschaft und Geburt noch ganz besonders herabgesetzt wurde. **Calmann** (Hamburg).

12) Godart-Danhieux. Über die Ursachen der Wanderniere.

(Policlinique 1899. No. 24.)

Die für die Entstehung der Wanderniere angeschuldigten Ursachen sind nicht unbestritten; am häufigsten wird das Tragen des Korsetts, plötzliche Abmagerung und Schwangerschaft genannt. Albarran theilt der Erblichkeit eine große Rolle zu und erklärt die Wanderniere für ein Degenerationszeichen, eben so wie Hernien und mangelhaftes Herabsteigen der Testikel. Während man im Allgemeinen auf 100 ungefähr 2 Wandernieren rechnet, fand Glénard 2,7% beim Manne, 22% bei der Frau und betrachtet sie stets als Theilerscheinung allgemeiner Enteroptose; freilich rechnet er jedes fühlbare Herabsteigen der Niere bei der Athmung als Ren mobilis. Verf. tritt dieser Anschauung Glénard's, nach welcher die Nephroptose stets eine zufällige und nebensächliche Begleiterscheinung der Enteroptose sei, auf Grund seiner genauen Statistik entgegen. Enteroptose und Ren mobilis entstehen durchaus nicht immer neben einander unter dem Einflusse von Schwangerschaft und Alter, begleiten nicht stets eine die andere, sondern werden häufig durch verschiedene Ursachen herbeigeführt. **Witthauer** (Halle a/S.).

13) H. Morris. Primäre Tumoren der Nebennieren.

(Brit. med. journ. 1899. No. 11.)

Geschwülste der Nebennieren sind häufig als Nierentumoren beschrieben worden. Die Theorie von Grawitz ist, wie Targett schon vermuthete, wahrscheinlich zu häufig angewendet. Albarran hält es für möglich, dass abgesprengte Nierensubstanz zu einem Epitheliom sich umwandeln kann. Beim Fötus hat man häufiger in der Nierenkapsel Tubuli der Rinde vorgefunden, die wahrscheinlich eine Verbindung mit den Glomerulis nicht erlangt hatten. Pilliet glaubt, dass secernirendes Nierengewebe, welches keinen Zusammenhang mit den Kelchen hat, im späteren Lebensalter Epitheliome hervorbringen kann. Die Symptome der Nebennierengeschwülste machen es eben so wenig wie die mikroskopischen Befunde

leicht, dass man eine Differentialdiagnose stellen kann. Am meisten spricht große Schwäche und Abmagerung, in zweiter Linie Störungen des Magen-Darmkanales für Erkrankung der Nebennieren. Bronzefärbung der Haut wird unter 37 Fällen nur 3mal angeführt. Veränderungen des Urins fehlen meist und eine große Beweglichkeit soll zuweilen auffallend sein. Die Schnelligkeit des Wachsthums und die große Häufigkeit der Metastasen scheint die Tumoren der Nebennieren besonders vor Nierengeschwülsten auszuzeichnen, wie M. auch an 3 selbst beobachteten Fällen bestätigen konnte. **Rissmann** (Osnabrück).

Verschiedenes.

14) O. **Steffens**. Über mehrfache Laparotomien an denselben Personen.

(Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

Der Arbeit, die einen beachtenswerthen Beitrag zur Lehre von der Entstehung und Verhütung übler Folgezustände nach Laparotomien bildet, liegen zu Grunde 45 Fälle von wiederholter (2—5maliger) Laparotomie an derselben Person. Die Fälle kamen innerhalb 13 Jahren im Hamburger Neuen Krankenhause bezw. Dr. Kümmell's Privatpraxis zur Beobachtung, und zwar kamen unter Ausschluss aller Herniotomien auf insgesammt 1428 Bauchschnitte 41, also 2,8% wiederholte Bauchschnitte. Bei 30 Personen handelte es sich um 2fache, bei 13 um 3fache, bei je 1 Person um 4- bezw. 5fache Laparotomie.

Nach kritischer Würdigung der einschlägigen Arbeiten, die keineswegs zu einer Klärung führten, giebt Verf. zunächst eine Übersicht über die Ursachen der Wiederholung, deren größere Zahl unabhängig von der vorigen Operation war (Tumoren etc.). Das Verlangen, wegen größerer Gefahr der wiederholten Laparotomie bei jeder wegen einseitiger Adnexerkrankung Operirten principiell auch die anderseitigen Adnexe zu entfernen, wird in Übereinstimmung mit Martin als unbegründet zurückgewiesen. Was die Adhäsionen nach Laparotomien betrifft, so war in 3 ohne Temperatursteigerung geheilten Fällen nicht eine Spur von Verwachsungen vorhanden, obgleich in einem derselben bei der 1. Operation solche gefunden und nicht gelöst worden waren. Andererseits fanden sich Verwachsungen nicht nur bei sämmtlichen mit Temperatursteigerung geheilten, sondern auch in 14 Fällen, bei denen Temperatursteigerung nicht aufgetreten war. Als Hauptursachen der Peritonealadhäsionen sieht Verf. an: 1) Infektion, 2) Verletzungen der Serosa, auch solche geringfügiger Natur, 3) Ruhigstellung des Darmes. Von 11 Fällen von Nachoperation wegen Ileus, durch Adhäsionsbildung bedingt, verliefen 8 tödlich, eben so beide Fälle von Darmlähmung ohne auffindbare Ursache. Nach Einführung des jetzt von Kümmell geübten Verfahrens (mäßiges Abführen vor der Operation; nach der Narkose 24 Stunden keinerlei Nahrungs- noch Flüssigkeitsaufnahme per os; längstens nach 12 Stunden Herbeiführung von Flatus) ist akuter Ileus im Anschlusse an die Operation nicht mehr beobachtet worden. — Als Anhang werden die Krankengeschichten ziemlich ausführlich wiedergegeben.

Buecheler (Frankfurt a/M.).

15) B. **Miller** (Baltimore). Die Bakteriologie der Höhle des Corpus uteri beim nichtschwangeren Weibe.

(Johns Hopkins Hospital Reports 1899. Januar—März.)

M. hat in 68 Fällen von supravaginaler Uterusamputation den Inhalt des Gebärmutterkörpers bakteriologisch geprüft. In keinem der Fälle, in welchen Endometritis fehlte, wurden Mikroorganismen gefunden. 7mal bei Entzündungen der Gebärmutter oder ihrer Anhänge fand M. den Gonococcus und zwar 3mal durch Kulturen und Ausstrichpräparate, 4mal in den gefärbten Geweben, stets allein, ohne andere Bakterien. Nur 1mal fand sich der Streptococcus pyogenes

und zwar mit einem großen zerfallenden Uterusmyom in der Gebärmutterhöhle. 2mal war die Endometritis durch den Tuberkelbacillus bedingt und zwar waren in diesen Fällen die Tuben frei von Tuberkulose, es giebt also eine primäre Tuberkulose des Endometriums. Den Staphylococcus pyogenes aureus fand M. einmal in dem Sekrete einer Pyometra, zusammen mit einem nicht näher bestimmbaren Bacillus bei einem Falle von Cervixcarcinom. Der Staphylococcus pyogenes albus endlich wurde 2mal gefunden, 1mal nach einem Curettement, offenbar durch Instrumente eingeführt, 1mal nach Abtragung eines submukösen Myoms mit folgendem Fieber, hier mit Döderlein's Tube gewonnen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

16) **Beckmann. Zwei Fälle von Uterussarkom.**

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 3.)

Wegen multipler Myome wurde in dem 1. Falle, bei einer 30jährigen Pat., vom Verf. der kindskopfgroße Uterus, zerstückelt, mit gutem Erfolge durch die Scheide entfernt. Der in der hinteren Wand nahe dem Fundus innerhalb der Muskulatur inserirende größte Tumor war apfelsinengroß und im Gegensatze zu den übrigen derben Tumoren von weicher Konsistenz. Der schon makroskopisch ausgesprochene Verdacht auf Malignität dieses Knotens wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Die Hauptmasse des Knotens bestand aus einem Spindelzellensarkom, das an einzelnen Stellen mit Rundzellen durchsetzt war. Auffallend war der große Gefäßreichthum (besonders Kapillaren) in der Neubildung. Die übrigen Geschwulstknoten unterschieden sich in nichts von einem gewöhnlichen Uterusfibrom. Der Verf. ist der Meinung, dass der eine sarkomatös degenerirte Knoten aus einem primär vorhandenen Fibromyom hervorgegangen ist.

Im 2. Falle konnte dagegen die direkte Entstehung der Sarkomzellen aus dem Bindegewebe und aus der Muskulatur des Uterus nachgewiesen werden. 40jährige Pat., unregelmäßige und starke Blutungen seit 1 Jahre, in den letzten vorhergehenden Jahren 2mal operative Entfernung von Gebärmutterpolypen, jetzt Uterus von der Größe des II. Schwangerschaftsmonates, Cervix fast verstrichen, im Fundus mehrere weiche Tumoren von Erbsen- bis Pflaumengröße. Exstirpation des Organes durch die Scheide, glatte Heilung. Die mikroskopische Untersuchung der mit bloßem Auge wie ein weiches Fibromyom aussehenden Neubildung ergab den sarkomatösen Charakter der Tumoren. Die kleinste Geschwulst war aus Spindel- und ovalen Zellen zusammengesetzt, in den größten Tumoren fanden sich sehr verschiedenartige Zellen untermischt mit zahlreichen Riesenzellen. Myxomatöse Partien waren allein in dem größten, aber in keinem der kleineren Tumoren zu erkennen. Die Geschwulst muss als ein primäres Riesenzellenfibromyxosarkom der Uteruswand bezeichnet werden, da die Schleimhaut als Matrix des Neoplasmas mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. **Scheunemann** (Breslau).

Eingesandt.

Es hat mir vollständig fern gelegen, in dem in No. 12 dieses Centralblattes 1900 erschienenen Artikel gegen Herrn Geheimrath Zweifel oder dessen Schule in persönlicher Weise diskutiren zu wollen.

Die große Hochachtung, die ich vor Herrn Geheimrath Zweifel hege, gebietet mir, eine Fortsetzung der Diskussion zu unterlassen.

Wien, 19. April 1900. *Dr. R. v. Braun-Fernwald.*

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. Sonnabend, den 9. Juni. **1900.**

(Aus der Bonner Frauenklinik.)

I. Bemerkungen zu dem Aufsatze von O. Frankl in der vorigen Nummer.

Von

Dr. Walter Stoeckel.

In No. 22 dieses Centralblattes hat Dr. O. Frankl in Wien[1] über Beobachtungen berichtet, die an der Münchener Frauenklinik über die von Bruns empfohlene Airolpaste gemacht sind. Das Präparat wurde eine Zeit lang zur Bedeckung von Laparotomiewunden angewendet. Der Erfolg war kein schlechter, aber auch nicht auffallend gut, da Stichkanaleiterungen »nicht gar zu selten« vorkamen, ohne allerdings den Heilungsverlauf zu beeinflussen. Frankl hat sich desshalb über die Wirksamkeit der Paste auf pathogene Mikroorganismen (Staphylococcus aureus) Gewissheit verschaffen wollen und beachtenswerthe bakteriologische Versuche in vitro angestellt, bei denen er durch geeignete Maßnahmen die Verhältnisse des Nährbodens denen an der Wunde möglichst ähnlich zu gestalten sich bemühte. Das Resultat war, dass die Paste das Wachsthum der Kokken-

[1] Über die Bedeckung von Laparotomiewunden mit Bruns'scher Airolpaste.

kolonie verzögerte, aber nicht unmöglich macht. Das von der Apotheke bezogene Präparat war vorher auf seine Keimfreiheit untersucht und stets steril befunden worden. Bei diesen Vorversuchen hatte sich gezeigt, dass das Wachsthum zufällig auf den Nährboden gelangter Luftkeime durch die Airolpaste nicht verhindert wurde. Frankl folgert hieraus nicht, dass das Airol ein für die Wundbehandlung werthloses Mittel sei, sondern glaubt, dass nur die Anwendung in Pastenform ungeeignet sei. Er nimmt an, dass das Airolpulver und die mit demselben imprägnirte Gaze intensiver wirke, letztere auch die Wundsekrete besser aufsauge. Nichtsdestoweniger hält er die Bestrebungen, eine Vervollkommnung der antiseptischen Maßnahmen bei aseptischen Operationen zu erstreben, für verfehlt und sieht das Ideal in der durchaus aseptischen Gestaltung auch dieses letzten Operationsaktes.

In der Bonner Frauenklinik wurden die zur Bedeckung von Laparotomiewunden empfohlenen Präparate sämmtlich durchprobirt. Vor nunmehr 2 Jahren wurde auch eine Zeit lang die Airolpaste angewendet. Es finden sich aus dieser Zeit Aufzeichnungen über 95 Laparotomien (vom 1. Januar 1898 an), bei denen die Bauchdeckennaht mit Airolpaste bestrichen wurde. Die Heilung war fast ausnahmslos eine durchaus befriedigende; nur in einem einzigen Falle blieb die prima intentio aus. Es handelte sich um eine Ovariotomie wegen doppelseitiger Dermoidcyste (1897/98, J.-No. 367), die an sich nicht ganz glatt verlief, da zahlreiche Adhäsionen gelöst werden mussten. Der rechtsseitige Tumor platzte bei der Ausschälung, so dass der schmierige Inhalt ausfloss. Es kam zu einer starken phlegmonösen Bauchdeckeneiterung, bei deren Behandlung sich das Itrol ausgezeichnet bewährte. Selbstverständlich besagt dieser Fall hinsichtlich der Brauchbarkeit der Airolpaste gar nichts. Es ist überhaupt gänzlich verfehlt, Erfolge und Misserfolge bei der Bauchdeckenheilung auf die Anwendung eines bestimmten Verbandmittels beziehen zu wollen. Dazu wäre man nur berechtigt, wenn eine ganz auffällige, eklatante Verbesserung der Erfolge bei sonst gleichmäßig wie bisher ausgeübter Operationstechnik einträte. Das war bei uns nicht der Fall. Wir konnten einen wesentlichen Unterschied im Heilungsverlaufe der Wunde gegen frühere Zeiten, in denen vorwiegend Dermatol benutzt war, nicht konstatiren, da auch vorher die primäre Wundheilung fast stets eintrat. Speciell eine stärkere Sekretion der Nahtlinie wurde durch das Airol nicht bewirkt, vorausgesetzt, dass es in nicht zu dicker Schicht aufgetragen war; auch Stichkanaleiterungen wurden nicht beobachtet. Somit decken sich die an unserer Klinik gemachten Beobachtungen im Wesentlichen mit den Frankl'schen. Einen wesentlichen Unterschied zwischen Airolpaste und Airolpulver — beide wurden abwechselnd ohne besondere Auswahl der Fälle benutzt — konnten wir allerdings bei geschlossenen Laparotomiewunden nicht erkennen. Dass bei secernirenden Wunden sich das Pulver besser bewährt hat

wie die Paste, ist leicht verständlich, da Pulver im Allgemeinen zur Aufsaugung von Sekreten mehr geeignet sind als Salben. Desshalb aber dem Airolpulver eine größere antiseptische Kraft zuzuschreiben und ihm desshalb auch zur Bedeckung von Laparotomiewunden den Vorzug zu geben, ist wohl so lange unberechtigt, als der bakteriologische Nachweis für diese höhere Werthigkeit fehlt. Wir hätten somit keinen Grund gehabt, mit dem Airol unzufrieden zu sein, wenn nicht in der Zeit seiner Verwendung das ziemlich häufige Auftreten mehr oder minder starker Stomatitiden beobachtet worden wäre. Die Schleimhaut der Mundhöhle, besonders der Backen, zeigte eine fleckenweise, oft recht starke Röthung, vereinzelt wurde sogar die Bildung kleiner, flacher Geschwüre mit unregelmäßig konfigurirtem, zackigem Rande und eitrig belegtem Grunde bemerkt. Die Pat. litten durch diese Stomatitis oft erheblich. Die Entfernung der Paste von der Wundnaht und leicht adstringirend-desinficirende Ausspülungen des Mundes (Kal. hypermang., Alsol, Tinctura Ratanhiae) brachten die Affektion stets rasch zum Verschwinden. Die bloße Thatsache, dass derartige Stomatitiden gerade während jener Zeit in auffälliger Häufigkeit eintraten, während sie bei Benutzung anderer Präparate (Dermatol, Jodoform, Kaolin) fehlten, wies direkt auf einen Zusammenhang mit dem Airol hin. Seiner chemischen Zusammensetzung nach ist Airol basisch gallensaures Wismuthoxyjodid; seine Wirkung beruht auf Abspaltung von Jod bei Zutritt feuchter Luft. Man wird also entweder die Ausscheidung von Wismuth oder von Jod auf der Mundschleimhaut für die Entstehung derartiger Entzündungen in Betracht ziehen können. Hamilton[2] beobachtete bereits nach Anwendung von Wismuthpräparaten einen Belag der Zunge, den er für fein zertheiltes, ausgeschiedenes Wismuth hielt. Die Reizerscheinungen auf Schleimhäuten, auch auf der Mundschleimhaut, in Folge von medikamentöser Anwendung von Jodverbindungen sind allgemein bekannt. Um ein sicheres Urtheil zu gewinnen, wäre der chemische Nachweis des einen oder anderen Bestandtheiles des Airols im Mundspeichel nothwendig. Gegen eine Jodreizung spricht das Ausbleiben ähnlicher Entzündungserscheinungen bei Gebrauch des Jodoforms. Gegen die Annahme einer Bismuthwirkung kann man in gleicher Weise das Fehlen von Stomatitiden nach Dermatolbepuderung anführen, da ja das Dermatol (basisch, gallensaures Wismuth) dem Airol in seiner chemischen Zusammensetzung sehr nahe steht. Niemals haben wir bei Dermatolanwendung eine Stomatitis gesehen. Wie dem auch sein möge, die Thatsache einer bis dahin nicht beobachteten und das subjektive Befinden der Rekonvalescenten oft recht unangenehm beeinflussenden Komplikation lag vor und gab die Veranlassung, von der weiteren Verwendung des keine nennenswerthen Vortheile bietenden Mittels Abstand zu nehmen. Vorher versuchten wir noch, die Quantität der Airolpaste möglichst

---

[2] Citirt nach Eulenburg, Realencyklopädie. 1. Aufl.

zu verringern, doch auch dabei gab es Stomatitiden, so dass also die Quantität sicher ohne Einfluss war.

Wenn Frankl am Schlusse seines Aufsatzes die Empfehlung immer neuer antiseptischer Präparate als Bedeckungsmittel für Wundnähte nach aseptisch ausgeführten Operationen eher als einen Rückschritt als als Fortschritt bezeichnet, so ist dem ohne Weiteres beizustimmen, da die praktische Erfahrung, wenigstens in unserer Klinik, bewiesen hat, dass man mit rein aseptischen Verbänden entschieden die besten Heilungen erzielt. Nach Aufgabe der Airolbehandlung wurden Versuche mit Kaolin angestellt, die so günstig ausfielen, dass bis heute, jetzt also bereits über 1 Jahr, alle Laparotomiewunden mit Kaolin bedeckt wurden.

Kaolin oder Porzellanerde stellt fast reines Aluminiumsilikat dar und bildet den wesentlichsten Bestandtheil des Thones. Stumpf[3] hat als Erster den gewöhnlichen Thon (Bolus alba, Argilla) als antiseptisches und aseptisches Verbandmittel empfohlen. Er berichtete über ideale und reaktionslose Wundheilungen. Langemak[4] bestätigte diese Beobachtungen und hob als wesentliche Vortheile des Mittels seine Billigkeit (100 g = 0,10 ℳ), seine Ungiftigkeit, Reizlosigkeit, Geruchlosigkeit und Imbibitionsfähigkeit hervor. Mengele[5] stellte durch interessante Versuche fest, dass die stark austrocknende Kraft des Thones in seiner außerordentlich großen Wasseraufnahmefähigkeit liegt und diese wieder ihren Grund in der Feinheit der Korngröße und dem großen Porenvolumen habe. Georgii[6] verwendete den Thon mit Erfolg intravaginal in einigen Fällen von starkem Cervixkatarrh. Höpfel[7] betont gleichfalls seine stark aufsaugende Wirkung, die er in einem Falle von inoperablem Uteruscarcinom so wie mehrfach bei Quetschungen und Fußgeschwüren beobachten konnte. Über die systematische Verwendung des Thones auf Laparotomiewunden ist bisher von keiner Seite berichtet worden.

Das aus jeder Apotheke beziehbare Kaolin wird bei uns selbst sterilisirt (Trockensterilisation 24 Stunden lang bei 130° C.). Es wird direkt auf die genähte Wunde und zwar so reichlich aufgepudert, dass es die ganze Nahtlinie, an die überhaupt nach der vorbereitenden Reinigung keine Antiseptica herangekommen sind, in ca. 2 cm dicker Schicht bedeckt. Darüber wird ein viereckiges Stück Borlint gelegt, dessen Kanten nach dem Vorschlage von Winter durch Bepinseln mit Kollodium festgeklebt werden. Darauf kommt ein Wattebausch und eine Reihe von dachziegelförmig sich deckenden Heftpflasterstreifen[8]. Dieser Verband bleibt bei ungestörtem Verlaufe 10 Tage liegen. Die Erfolge

---

[3] Verwendbarkeit des Thones etc. Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 46.

[4] Zur Frage über die Verwendbarkeit des Thones etc. Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 4.

[5] Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 11.

[6] Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 14.

[7] Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 14.

[8] Fritsch, Krankheiten der Frauen. 9. Auflage. 1899.

sind fraglos recht gute. Wirkliche Bauchdeckeneiterungen gehörten in unserer Klinik immer zu den Seltenheiten; jetzt sehen wir sie nie und rechnen unbedeutende Stichkanaleiterungen zu auffallenden, großen Ausnahmen. Ohne Zweifel trägt zu diesen guten Resultaten das Kaolin in Folge seiner verschiedenen, vorstehend bereits erwähnten Vorzüge sehr viel bei. Die Trockenheit der Naht ist die Grundbedingung für aseptische primäre Heilung, mag nun die Wunde am Damme, in der Vagina oder am Bauche sich befinden. Es ist daher nur logisch, wenn man die Wunde auch so trocken als möglich zu erhalten sucht. Das gelingt mit allen salbenförmigen Mitteln nicht entfernt in dem Maße als mit Pulvern. Es ist ja richtig, dass man schließlich jedes sterilisirte Pulver anwenden kann, aber den Vorzug der Aufsaugung und Austrocknung besitzt das Kaolin von allen Pulver am meisten. Wir konnten die Nahtlinien während der Airolpastenbehandlung nicht gerade feucht nennen; von einer so absoluten Trockenheit wie nach Kaolinbehandlung war aber nicht die Rede. Oft sickert aus einem Stichkanale noch etwas Blut nach Vollendung der Bauchnaht heraus. Selbst in geringer Quantität ist es geeignet, den Wundverlauf zu stören. So sehr die Ansichten der Bakteriologen über die Wundinfektion noch divergiren, der Modus der Sekundärinfektion der Nahtstelle durch Heraufwandern von Keimen aus den tieferen Hautpartien an die Oberfläche ist wohl einwandsfrei sichergestellt. Ich verweise hier nur auf die ausführlichen und exakten Untersuchungen Brunner's, der die relative Häufigkeit derartiger sekundärerer Infektionen nachgewiesen hat. Da eine Abtödtung der tief in den Haarbälgen der Haut sitzenden Mikroorganismen bekanntlich nicht gelingt, muss man sich damit begnügen, alle ihre Weiterentwicklung begünstigenden Faktoren auszuschalten. Dazu reicht die antiseptische Kraft der Airolpaste nach Frankl's Untersuchungen nicht aus. Das Kaolin dient dem genannten Zwecke sehr viel besser, weil es die Wundsekrete sofort aufsaugt, die Umgebung der Naht und diese selbst sicher trocken hält und durch diese Eliminirung aller Feuchtigkeit, die Wachsthumsbedingungen jeglicher Keime möglichst ungünstig gestaltet. Man kann also von einer antibaktericiden Wirkung des Kaolins sprechen trotz seiner chemischen Indifferenz.

Diese letztere bildet nur einen Vorzug des Präparates; Reizungserscheinungen, wie sie bei Jodoform, eben so, wenn auch in geringerem Grade, zuweilen bei Dermatol vorkommen, werden durch Kaolin nie hervorgerufen. Die Wunden heilten ganz reaktionslos. Es lag nach diesen überaus günstigen Erfahrungen nahe, das Mittel auch bei plastischen Operationen am Damme und in der Vagina zu verwenden, indessen fielen diese Versuche nicht befriedigend aus. Am Damme lässt sich naturgemäß kein fixirender Verband anlegen, in Folge dessen haftet das Kaolin hier nicht, fällt zwischen die Schenkel, saugt sich voll Schweiß und Scheidensekret und ballt sich zu größeren, harten Klumpen zusammen, die die liegenden Pat. sehr

belästigen. Seine sehr große Imbibitionsfähigkeit macht es für die intravaginale Anwendung nach plastischen Operationen ganz ungeeignet. Die Pulverform geht verloren, es bildet sich ein schmieriger Brei, der sich schwer wieder entfernen lässt. Bei inoperablem Carcinom haben wir es bisher noch nicht angewendet, weil das Bortannin in Folge seiner gleichzeitig stark adstringirenden Eigenschaft gerade für diesen Zweck vorzuziehen ist. Dagegen haben wir es öfter bei großen granulirenden Wunden mit gutem Erfolge aufgestreut. Eine größere Erfahrung darüber ist in einer Frauenklinik nicht zu erlangen. Wir verwenden das Kaolin jetzt ausschließlich auf Laparotomiewunden und können es für diesen Zweck warm empfehlen. Es bedarf wohl nicht der nochmaligen ausdrücklichen Betonung, dass die vorstehenden Erörterungen nicht bezwecken, die immerhin untergeordnete Bedeutung, welche die Wahl dieses oder jenes Verbandpräparates gegenüber anderen, wichtigeren Faktoren bei der primären Wundheilung besitzt, künstlich in die Höhe schrauben sollen. Von diesen Faktoren möchte ich ganz kurz nur zwei streifen: Die Krankenvorbereitung und das Nahtmaterial. Bekanntlich haben die Bestrebungen von Fritsch, mit einer möglichst intensiven, präparatorischen Desinfektion des Operationsterrains schon 24 Stunden vor der Operation zu beginnen, vielfach Nachahmung gefunden. Ganz besonders werden die Sublimatumschläge, die am Vorabende der Operation aufgelegt bis zur Operation selbst liegen bleiben, von vielen Operateuren angewendet. Das Bestreben, eine vollständige Desinfektion schon am Tage vor der Operation einzuleiten, scheitert gewöhnlich an dem Widerstreben der Kranken, die peinliche, unangenehme, zuweilen recht schmerzhafte Procedur des Rasirens an den Genitalien vornehmen zu lassen. Das geschah an der hiesigen Klinik daher stets erst nach bereits eingetretener Narkose unmittelbar vor der Operation, obwohl die dadurch bedingten Missstände unverkennbar sind. Die Narkose wird verlängert, das Princip, mit der Lagerung auf den Operationstisch alle Maßnahmen aseptisch auszuführen, kann nicht durchgeführt werden.

Es wurde daher versucht, die Haare nicht mit dem Rasirmesser, sondern durch ein »Enthaarungsmittel« zu entfernen und das betreffende Präparat, das wir von Heller in Berlin[9] bezogen, ist ein schwarzes Pulver, das, wie alle Depilatorien, Schwefel enthält und dessen Wirksamkeit auf der Entwicklung einer Schwefelwasserstoff-Schwefelverbindung beruht. Etwa 2 Esslöffel dieses Pulvers, das vor dem Gebrauche sehr trocken aufbewahrt werden muss, werden mit Wasser angesetzt und zu einem nicht zu dicken Brei verrieben, der mittels eines Holzspatels in dicker gleichmäßigen Schicht aufgetragen wird und genau 5 Minuten liegen bleiben muss. Die Masse wird dann mit dem Spatel abgeschabt, wobei sich die vollkommen gelösten Haare leicht mit entfernen lassen. Während der Wirkung

[9] Berlin W., Gartenstraße 175.

des Mittels wird ein leichtes aber jedenfalls selbst an der Vulva, dem Damme und After nicht schmerzhaftes Brennen empfunden, das nach Entfernung der Haare sofort aufhört. Das Wachsthum der Haare wird absolut nicht beeinträchtigt. Bei der Entfernung aller Schamhaare vor vaginalen Operationen muss man einen Kontakt mit der Scheidenschleimhaut, auf welcher das brennende Gefühl sehr viel stärker empfunden wird, möglichst zu vermeiden suchen. Ganz besondere Vorsicht ist bei größeren Scheidenprolapsen mit Decubitusgeschwüren nöthig. Indessen wird die Vaginalschleimhaut nicht verätzt, wenn man die betreffenden Stellen sofort abwischt. Am besten wird die Procedur direkt vor einem Reinigungsbade am Tage vor der Operation vorgenommen. Ein großer Übelstand ist der penetrante Schwefelwasserstoffgestank, zu dessen Beseitigung resp. Linderung der Lieferant uns empfahl, sowohl den präparirten Brei als auch die mit demselben bestrichene Körperstelle mit einem in Bleiwasser getränkten Lappen zu bedecken; der Schwefel des entstehenden Schwefelwasserstoffes wird dadurch zu geruchlosem Schwefelblei gebunden und der üble Geruch in der That, wenn auch nicht aufgehoben, so doch sehr erheblich vermindert. In Folge der schwarzen Färbung des Schwefelbleies muss man bei der Entfernung der Lappen vorsichtig sein, um die Hand nicht zu beschmutzen. Ein weiterer Nachtheil ist der ziemlich hohe Preis. 100 g des Mittels kosten 1,50 ℳ und genügen für 3 Pat. Ob die billigeren, vielfach im Handel befindlichen Präparate eben so prompt wirken, entzieht sich meiner Beurtheilung, da wir sie nicht probirt haben. Jedenfalls wären weitere Versuche nach dieser Richtung lohnend, da die schnelle, schmerzlose und äußerst exakte Entfernung der Haare stets gelingt, und eine gleichzeitige antiseptische Wirkung wahrscheinlich ist.

Es ist wohl anzunehmen, dass der Haarschaft nicht genau im Niveau der Haut zerstört wird, sondern dass die Wirkung der wirksamen Schwefelverbindung sich auch auf einen Theil des Haarbalges und auf die Anfangstheile der in denselben mündenden Talgdrüsen erstreckt, wo man mit anderen antiseptischen Maßnahmen den Keimen bisher nicht beizukommen vermochte. Das ist zunächst eine Vermuthung, die a priori nicht von der Hand zu weisen ist, sich aber erst durch exakte Versuche eventuell bestätigen lassen wird. Von ähnlichen Gedanken ausgehend, hat Fritsch vor 10 Jahren den Seifenspiritus in die Desinfektionstechnik eingeführt.

Bezüglich des Nahtmateriales nur wenige Worte über die neuerdings von Sneguireff[10] mit so großer Begeisterung empfohlenen Rennthierfäden. Unsere Erfahrungen sind noch zu jungen Datums, um ein endgiltiges Urtheil abgeben zu können. Die ausgedehnte Anwendung, wie sie S. für wünschenswerth erachtet, werden wir

[10] Centralblatt f. Gynäkologie 1899. No. 9.

aber keinesfalls davon machen. Speciell bei der Hautnaht nach Laparotomien werden wir vom Silkworm nicht abgehen. Die Entfernung der Fäden sehen unsere Pat. durchaus nicht »mit Bangen« entgegen, da Schmerzen bei der Entfernung des Silkwormfadens nicht empfunden werden. Wir haben, um ein Urtheil zu gewinnen, trotzdem die Haut mit Rennthierfäden genäht, wobei besonders das starke Aufquellen der Ligaturen auffiel, das noch stärker als beim Katgut zu sein scheint. Bei plastischen Operationen in der Scheide bewährten sich die Rennthiersehnenfäden außerordentlich. Sie reizen eben so wenig wie gut sterilisirtes Katgut; jedoch werden wir mit den Versuchen fortfahren und event. später darüber berichten.

II. Über ein einfaches, selbsthaltendes Speculum.

Von

Dr. **Steinschneider** in Franzensbad.

Bei der vielfachen Anwendung der Cusko'schen und ähnlichen Specula habe ich wahrgenommen, wie wünschenswerth es wäre, einen selbsthaltenden Spiegel zu besitzen, welcher nicht nur die Vaginalportion, sondern auch den größten Theil der Vaginalwände sichtbar machte, andererseits einfacher gebaut, nicht mit die Sterilisirung erschwerenden Schrauben und Gewinden versehen wäre.

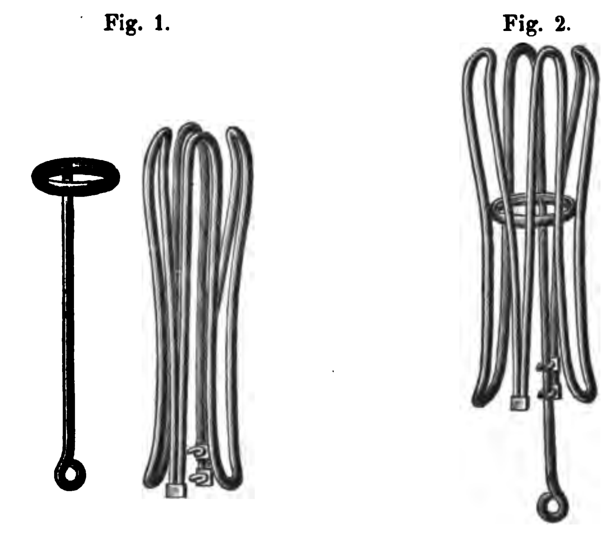
Durch die Zeichnung eines Blackeley'schen Badespeculums bin ich nun angeregt worden, mit Verwendung der Grundidee dieses Instrumentes das von mir angestrebte Untersuchungsspeculum in folgender Weise zu konstruiren.

Ein ungefähr 2 mm dicker, vernickelter Draht wird in in 4 langgezogenen S-Touren von 16 cm Länge in regenschirmgestellähnlicher Weise um eine ideale Achse gelegt. Die oberen schnabelförmigen Enden der S-Schleifen sind nach innen etwas eingebogen. Die Entfernung jeder Drahtschleife von der ihr gegenüber liegenden Schleife beträgt in der Mitte 25 mm. Aus demselben Drahte wird ein Ring von gleichfalls 25 mm Durchmesser angefertigt, an dessen äußerer Peripherie ein gerader Stab angebracht ist. Figur 1 zeigt das regenschirmgestellähnliche Speculum und den Ring mit dem Stabe. An dem unteren Ende einer Schleife des Speculums sind auch noch 2 kleine halbmondförmige Zwingen befestigt.

Will man nun das Instrument einführen, so schiebt man den Ring über das Regenschirmgestell bis über die Mitte, wodurch die oberen, nach innen eingebogenen Enden der Drahtschleifen einander möglichst genähert werden und einen abgerundeten Kegel bilden und fettet den Spiegel ein, dann führt man den Kegel in den Introitus ein und schiebt ihn, indem man den Ring gleichzeitig zurückzieht, bis zur Portio vor. Hierauf zieht man den Ring gänzlich vom Speculum ab und führt ihn mittels einer hebelnden Bewegung derart innerhalb des Drahtgestelles ein, dass der den Ring

führende Stab in den oben erwähnten halbmondförmigen Zwingen gleitet. (Behufs leichterer Einführung ist der Stab dort, wo er mit dem Ringe verbunden ist, etwas dünner gehalten.) Befindet sich nun der Ring innerhalb des Gestelles, so führt man ihn bis zur Mitte vor, wodurch die an die Portio stoßenden Schleifenenden des Gestelles, wie untenstehende Figur 2 zeigt, bis zum Maximum ungefähr 50 mm aus einander geschoben werden. Der Spiegel hält sich nun vollkommen fest in der Vagina und macht nicht nur die Portio selbst, sondern fast die ganze Vaginalwand deutlich sichtbar und jedem Eingriffe leicht zugänglich.

Fig. 1. Fig. 2.



Will man nunmehr das Speculum entfernen, so zieht man zuerst den Ring heraus, worauf das Gestell von selbst aus der Vagina gleitet.

Das Speculum, welchem ich den Namen »Regenschirmspeculum« geben möchte, zeichnet sich, wie auch mehrfache Versuche ergeben haben, dadurch aus, dass es sich leicht einführen lässt, sich selbst hält und ein viel weiteres Gesichtsfeld zeigt, als alle anderen Specula. Ein nicht geringer Vorzug ist auch die Einfachheit, der Mangel jeder Schraube und jeden Gewindes und die daraus folgende Möglichkeit, das Instrument leicht und rasch zu sterilisiren.

Instrumentenfabrikant Hermann Härtel in Breslau hat es übernommen, die Regenschirmspecula zu einem mäßigen Preise herzustellen.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 23. März 1900.

Vorsitzender: Herr P. Ruge; Schriftführer: Herr Flaischlen.

I. Demonstrationen.

1) Herr Czempin demonstrirt eine Pat., bei welcher er vor 2 Monaten nach dem Vorschlage von Fritsch den Uteruskörper zur Heilung eines Prolapsus vaginae anterioris mit Cystocele verwandt hat. Die geistreiche Idee, das Corpus uteri in die Scheide nach Kolpotomia anterior zu luxiren, stammt von Freund. Fritsch dehnte sie für Prolapsoperationen aus. Die Pat. war 56 Jahre, $2^1/_2$ Jahre vorher von anderer Seite erfolglos operirt worden. Das Scheidengewölbe war bereits senil involvirt und eng, die hintere Scheidenwand in situ. Die vordere Scheidenwand war durch eine $1^1/_2$faustgroße Cystocele prolabirt, die Scheidenwand selbst bestand in Folge der voraufgegangenen missglückten Operation nur noch aus einer schwachen Narbe, nur seitlich waren schmale, feste Lappen zu bilden. Nach voraufgegangener Kolpotomia anterior wurde der Uteruskörper in die Scheide luxirt, die wundgemachte Cystocele auf die hintere Wand des Corpus, die seitlichen Lappen der vorderen Scheidenwand auf die vordere Wand des Uteruskörpers genäht. Ein Theil der Fläche der vorderen Uteruswand blieb nackt. — Die Operation war leicht und nicht besonders blutig. Der vorläufige Erfolg ist ein guter. Der Uterus wird durch den straffen Beckenboden hochgehalten und trägt die Cystocele. Die vordere Fläche des Corpus hat sich bereits überhäutet.

Herr Lehmann hat ebenfalls eine Pat. in der von Herrn Czempin angegebenen Weise operirt und zwar nach der Methode Wertheim's und mit Ablösung der Scheidenschleimhaut so wie Versenkung des Uterus unter dieselbe. Da es sich um einen großen Totalprolaps handelte, wurde eine ausgiebige hintere Kolpoperineorrhaphie hinzugefügt. Das Resultat ist vorläufig, 3 Wochen nach der Operation, noch wenig zufriedenstellend, wird aber hoffentlich durch Retraktion des Uterus noch besser.

2) Herr Bröse demonstrirt Haare, welche aus einem verjauchten Dermoid des Beckenbindegewebes von einer 26 Jahre alten Frau stammen. Die Frau war in einem Krankenhause 8—9mal wegen »Beckenabscess« von der Scheide aus incidirt worden und kam mit einer Fistel im hinteren Scheidengewölbe, aus der sich stinkender Eiter entleerte, in B.'s Behandlung. Nach Erweiterung der Fistel mittels des Messers und Einführung des Fingers in die Abscesshöhle gelang es, die Haare und Gewebsfetzen zu entfernen. Der Tumor saß im subserösen Gewebe des Douglas oberhalb des Septum recto-vaginale. Pat. genas, nachdem sie noch eine leichte Parametritis überstanden.

Ferner demonstrirt B. die Präparate eines Uterus mit multiplen Myomen und doppelseitigem Pyosalpinx, welche von einer 41 Jahre alten Nullipara stammen. Die obere Grenze der Tumoren reichte bis 3fingerbreit unterhalb des Nabels, füllten das ganze kleine Becken aus. Es gelang durch Morcellement von der Scheide aus, trotz der Enge derselben, die ganzen Tumoren zu entfernen. Die Blutstillung geschah theils mittels des Angiotriptors, theils, da wo man mit dem Angiotriptor nicht an das Lig. latum ankommen konnte, mit der Naht. Die Pat. ist glatt genesen. Es ist dieser Fall ein eklatanter Beweis für die Leistungsfähigkeit der vaginalen Operationsmethode bei Myomen.

Herr Gottschalk fragt Herrn Bröse, ob das zuerst demonstrirte Präparat nicht ein intraligamentär gelegenes Ovarialdermoid gewesen sein kann, bei dessen Vereiterung das hintere Blatt des Lig. latum und das Peritoneum der Douglas'schen Tasche abgehoben wurde.

Herrn Gottschalk antwortet Herr Bröse, dass das Dermoid in seinem Falle unmöglich von den Ovarien ausgehen konnte, da beide Ovarien frei beweglich in der Bauchhöhle zu fühlen waren.

3) Herr Pinkuss demonstrirt den Fötus nebst zugehöriger Placenta, herrührend von einer Fehlgeburt vom 6. Monate bei einer seit 2 Monaten an Hydrorrhoea gravidarum leidenden Frau.

Als Bemerkenswerthes an dem Fötus bezeichnet er, abgesehen von einem Ödem an beiden Händen und einem Bezirke der linken Cervicalgegend, beiderseits Pes varus und einseitiges Genu valgum. An der Placenta fällt die ca. 80 cm lange, sehr gewundene Nabelschnur auf. Die Krankengeschichte der Mutter bietet kein für die ätiologische Erklärung der Hydrorrhoea in Betracht kommendes Moment. Makroskopisch sind keine Anzeichen für Endometritis deciduae sichtbar; die mikroskopische Untersuchung und Sektion des Fötus bleibt vorbehalten. Die Entstehung der Missbildungen an den unteren Extremitäten führt er auf die Raumbeengung zurück.

Herr Olshausen spricht seine Überzeugung aus, dass in manchen Fällen von Hydrorrhoe ein Zerreißen der Eihäute an einer höher gelegenen Stelle stattgefunden habe. Die Hydrorrhoe beruhe dann thatsächlich auf sich immer wiederholendem Fruchtwasserabflusse.

Bei Graviditas tubaria kommt in den späteren Monaten bisweilen ein solcher wochenlang dauernder Abfluss von Fruchtwasser durch die Tube zu Stande, zuerst beschrieben von O., später in gleicher Weise von Anderen beobachtet. Der Wasserabfluss kann Trockenlegung und Raumbeengung für den Fötus zur Folge haben und dadurch mannigfache Missbildungen hervorrufen, wie solche auch in O.'s Falle vorhanden waren. In dem jetzt mitgetheilten Falle sprechen auch die Klumpfüße und die geringe Fruchtwassermenge bei der Geburt wohl für die gleiche Ursache der beobachteten Hydrorrhoe.

II. Herr Rotter: Zur operativen Technik der Bauchbrüche und Bauchnaht.

(Der Vortrag wird im Archiv für Gynäkologie erscheinen.)

R. bespricht die Resultate, welche bei den verschiedenen Arten von Bauchbrüchen resp. bei Bauchschnitten mit der Muskel-Fasciennaht erzielt worden sind. — Bei den Leistenbrüchen fanden sich, so lange die Czerny'sche Operationsmethode angewandt wurde, noch gegen 30—40% Recidive. Diese Methode erfuhr eine wesentliche Verbesserung durch Macewen, welcher den Bruchsackhals aus der ganzen Länge des Leistenkanales eliminirte. Die Recidive sanken auf 8—10%. Bassini fügte dieser Verbesserung noch eine weitere hinzu. Neben der Naht der Aponeurosis externa bildete er noch eine widerstandsfähige muskulöse Wandschicht, indem er den M. rectus und obliquus internus an das Ligament. Poupartii annähte. Mit der Bassini'schen Methode sank die Zahl der Recidive auf 1—3%.

Gleich vortreffliche Resultate erzielte R. bei der Bauchnaht der Epityphlitis und der Alexander-Adams'schen Operation, wo die Anlage einer Muskel-Fasciennaht möglich ist.

Dagegen sind die Erfolge bei den epigastrischen und Nabelhernien weniger befriedigend.

Die Mm. recti abdom. liegen von der Symphysis pubis bis 2 Querfinger unterhalb des Nabels mit ihren Bäuchen dicht an einander. Von da aufwärts bis zum Proc. xiphoid. weichen dieselben aus einander, und sind in Nabelhöhe 2—3 cm, weiter oben 1—2 cm von einander entfernt. Der Zwischenraum ist durch eine 2—3 mm dicke Aponeurose ausgefüllt.

Bei den epigastrischen Hernien ist daher nur eine einfache Fasciennaht ausführbar, welche 30—40% Recidive nach sich gezogen hat.

Die Nabelhernien wurden nach Excision des Nabels und Spaltung der Rectusscheiden so operirt, dass die hintere Rectusscheide, dann die Rectusbäuche und schließlich die vordere Rectusscheide vereinigt wurden. Diese Etagennaht gelingt

sehr gut, bis auf den obersten Wundwinkel, wo die Recti aus einander weichen. An diesem schwachen Punkte entstanden Recidive und zwar in 25% der Fälle.

Bei der Bauchnaht zwischen Symphyse und Nabel hat die Massennaht ungünstige Erfolge erzielt, nach Winter und Abel 29—30% Narbenbrüche. Sie entstehen durch Einstülpen des Peritoneums zwischen die Wundflächen (Peritonealbuchten) und zweitens durch ungenügende Vereinigung der physiologisch zusammengehörigen Schichten der Bauchwand.

Dagegen hat die Muskel-Fasciennaht ideale Resultate gezeitigt.

Bezüglich der Frage, ob man den Bauchschnitt in der Mittellinie oder seitlich durch den Rectus machen soll, äußert sich R. folgendermaßen. Wenn der Bauchschnitt nicht hoch hinaufreicht, dann ist es gleichgültig, welcher von beiden gewählt wird. Wenn der Schnitt aber höher hinauf reicht und, in der Mittellinie geführt, in den Bereich der Aponeurose hineinreichen würde, welche sich zwischen die aus einander weichenden Recti schiebt, so würde man mit dem Mittelschnitte dieselben unangenehmen Erfahrungen machen, wie bei den Nabelhernien. Desshalb ist in solchen Fällen unbedingt dem seitlichen Schnitte durch den Rectus der Vorzug zu geben. R. wandte denselben immer an und erzielte sehr gute Resultate.

Von Operationen, bei welchen die Muskel-Fasciennaht ausgeführt wurde, sind $1^1/_2$—3 Jahre nach Ausführung der Naht revidirt worden:

Nach Bassini operirte Leistenbrüche . .	67
Epityphlitisschnitte und -Brüche	23
Alexander-Adams'sche Operationen . .	21
Bauchschnitte durch den Rectus	59
Magen- und Gallenblasenoperationen . . .	3
Summa	173

Unter diesen Fällen wurde bei der Revision nur 2mal ein Bauchbruch vorgefunden.

R. führt diese guten Resultate auf die Muskel-Fasciennaht zurück und empfiehlt diese als die sicherste Nahtmethode.

Diskussion: Herr Olshausen macht seit lange nur die Etagennaht zur Verhütung der Bauchbrüche. Aber der Name Etagennaht allein trifft nicht das Punctum saliens. Das Wesentliche der Etagennaht ist ausschließlich die genaue und isolirte Naht der Fascie, welche die Mm. recti bedeckt. Die Muskelnaht ist wohl ziemlich irrelevant. Die Mm. recti sind bei Laparotomie in der Linea alba doch nicht wund gemacht und ihre Naht würde sie nicht mit einander verheilen lassen. Auch im Normalzustande der Bauchwand liegen die inneren Muskelränder ja nur an einander. Bei den meisten Frauen liegen nach den ersten Entbindungen die Muskeln schon durch einen Zwischenraum getrennt, ohne dass darum doch ein Bauchbruch wie nach einer Laparotomie entsteht. Dazu gehört immer eine Dehnung der Fascie.

Für die Operation einer solchen Hernie kommt es wesentlich darauf an, ob es möglich ist, die Fascie überall genau zu vereinigen. Fühlt man in der Bruchpforte nicht ringsherum genau die begrenzende Fascie, so gelingt es noch weniger, sie bei der Operation überall gut sichtbar zu machen und vollkommen zu nähen. Dann misslingt auch immer die Operation bezüglich des Dauererfolges. Bei großen Hernien sind die Resultate aus dem angegebenen Grunde desshalb im Allgemeinen schlecht.

Die Operation ist so auszuführen, dass nach Freilegung der Bruchpforte und Trennung aller etwaigen Darmadhäsionen, zuerst das Peritoneum durch cirkulären Schnitt um die Bruchpforte herum zu durchschneiden und dann vollständig aus dem Bruchsacke zu entfernen ist. Dann muss die Fascie rund um die Bruchpforte wund gemacht und genau, isolirt genäht werden. Wo die Fascie am Wundrande fehlt oder einmal dünn ist, muss sie durch Trennung der über ihr liegenden Weichtheile (Lappenspaltung) in breiterer Weise bloßgelegt werden.

Herr Bröse bemerkt zu der pathologischen Anatomie der Bauchnarbenbrüche nach Laparotomien, dass es 2 Arten von Bauchnarbenbrüchen giebt. Die einen

entstehen in der eigentlichen Bauchnarbe, indem entweder die ganze Narbe in einen Bruchsack umgewandelt wird oder sich an einzelnen Stellen in der Narbe Brüche entwickeln. Diese Hernien sind verhältnismäßig einfach zu operiren. Man muss die Bruchsäcke excidiren und die alten Verhältnisse wieder herstellen, wie sie bei der ersten Laparotomie in der Bauchwunde bestanden. Bei der Vereinigung der einzelnen Schichten der Bauchdecken legt B. auch den Hauptwerth auf die Vereinigung der Fascie, möchte aber gerade bei der Operation solcher Brüche auf eine sorgfältige Vereinigung der Muskeln nicht verzichten.

Die zweite Art der Bauchnarbenbrüche entsteht in den Stichkanälen der großen Massensuturen, mit denen früher die Laparotomisten die Bauchwunde zu vereinigen pflegten. Diese Brüche — B. nennt sie Stichkanalbrüche —, bei denen natürlich die Fascie von oben nach unten klafft, sind sehr viel schwerer zu operiren. Ganz schwierig aber wird die Operation bei den Kombinationen, welche manchmal vorkommen, von gewöhnlichen Bauchnarbenbrüchen und Stichkanalbrüchen. B. hat einen Fall operirt, der neben einem großen Bauchnarbenbruche auf der einen Seite noch 2 und auf der anderen Seite 3 Stichkanalbrüche hatte. Leider war das Resultat kein gutes. Bei den Stichkanalbrüchen muss natürlich die Fascie in querer Richtung durch von oben nach unten angelegte Nähte, bei den Bauchnarbenbrüchen in der Längsrichtung durch von einer Seite nach der anderen verlaufende Suturen geschlossen werden.

Hinsichtlich der Etagennaht der Bauchwunde nach Laparotomien bemerkt B., dass auch er von der Nothwendigkeit, die einzelnen Schichten sorgfältig zu vereinigen, überzeugt ist, dass er aber fürchtet, allzu viel Katgut in die Bauchwunde zu versenken, weil er zuweilen Ansammlungen von serösem Sekrete zwischen der per primam geheilten Haut und der Fascie beobachtet hat, welche nicht auf Infektion, sondern auf Störungen der Resorption des Katguts beruhen.

Herr Flaischlen: Die meisten Operateure legen heute bei Schluss der Bauchwunde besonderes Gewicht auf die isolirte Fasciennaht, während der Naht der Muskulatur hierbei keine besondere Bedeutung zuerkannt wird. Bei der Operation von Narbenbrüchen ist jedoch, wie Herr Rotter dies ausführte, neben der isolirten Fasciennaht auch die Naht der Muskulatur sehr zu empfehlen, weil dadurch eine größere Garantie für dauernde Heilung gegeben wird. Es war mir von Interesse, dass Herr Rotter nach Laparotomien keine Binden mehr tragen lässt. Seit einigen Jahren bin ich eben so verfahren, und habe es nicht zu bereuen gehabt.

Herr Kossmann wendet gegen die Forderung einer Fasciennaht ein, dass ja bekanntlich Bauchbrüche nicht selten auch ohne vorgängige Operation, also bei ganz intakter Fascie entstehen. Auch habe er selbst noch nie eine Fascie genäht, und seine Resultate seien mindestens so gut, wie diejenigen anderer Operateure. — Bei theoretischer Betrachtung der Bedingungen ergebe sich, dass die Mm. recti abdominis bei mäßiger Wölbung des Bauches als Antagonisten der Mm. obliqui wirkten und sich parallel an einander legten, wodurch das genaue Aufeinanderstoßen der Wundränder der einzelnen Bauchdeckenschichten am besten gesichert werde, während bei einer Fasciennaht ein Übereinanderschieben der Fascienwundränder fast unvermeidlich sei.

Während somit bei der gewöhnlichen Bauchnaht alle Muskel- und Fasciennähte überflüssig seien, liege die Sache bei der Operation eines Bauchbruches (in der Mittellinie) anders. Der Bauchbruch beweise, dass die Mm. recti gegenüber den Obliqui geschwächt sind (meist durch Eiterung oder zu feste Schnürung der vorausgegangenen Bauchnaht). Hier könne man also auf die spontane Annäherung der beiden Recti nicht rechnen, sondern müsse sie durch Anfrischung und Naht vereinigen.

Herr Gottschalk skizzirt die Methode, nach der er in den Jahren 1894 bis 1898 5 selten große Bauchnarbenbrüche, von denen er einige Exemplare vorlegt, mit primärem Dauererfolge operirt hat. G. operirte nach dem Principe der Lappenspaltung. Nach Umschneidung des Bruchsackes, entsprechend der Größe des Bauchbruches, wird die Bauchhöhle unterhalb des Nabels, wo man für

gewöhnlich sicher ist, nicht auf Darmverlöthungen mit dem Peritoneum parietale zu stoßen, vorsichtig eröffnet und dann von innen her nach sorgfältiger Losschälung des adhärenten Darmes und des Netzes das Peritoneum so weit frei gemacht, dass es mit dem umschnittenen Hautlappen abgetragen werden kann. Nun werden die einzelnen Schichten der Bauchwand mit der Schere 2 bis 3 cm weit vom Wundrande entfernt ringsum durch Spaltung von einander getrennt und für sich mit feinem Zwirne breit flächenhaft vereinigt. Der M. rectus wird dabei naturgemäß alle Mal auf beiden Seiten bloßgelegt und isolirt vernäht. Klaffen die Fascienränder sehr weit, so werden die Fascienblätter so weit unterminirt, bis dass sie ohne Spannung breit flächenhaft vereinigt werden können.

Die Bauchwand wird natürlich in Folge dieser plastischen Operationsmethode in der Mitte dicker. Diese Methode hat die Feuerprobe an der Hand einer späteren Schwangerschaft glänzend bestanden. In dem betreffenden Falle lagen im 10. Schwangerschaftmonate Fascien und Muskel innig an einander, die Narbe hatte nicht im geringsten nachgegeben.

G. näht bei seinen Laparotomien die Bauchwunde zweischichtig, eine versenkte Zwirnknopfnahtreihe vereinigt Bauchfell, Fasern und Mm. recti, die Knoten liegen auf der Aponeurose, deren Ränder genau an einander gelegt werden; eine oberflächliche Seidenknopfnahtreihe adaptirt, letztere mitfassend, Unterhautfettgewebe und Haut.

Herr Odebrecht: Ich möchte auf einen Umstand aufmerksam machen, der bisher nicht erwähnt wurde und doch wohl in Betracht kommt:

Die Fascie, die wir zu nähen pflegen, liegt auf den Mm. recti auf. Sie wird unterhalb der Linea semicircularis Douglasii gebildet von den Aponeurosen des M. obliquus ext., int. und transversus; oberhalb dieser Linie nur von der einen Hälfte, während die andere unter den Recti, vor dem Peritoneum verläuft.

Es liegt auf der Hand, welchen Unterschied das in Bezug auf die Festigkeit der Narbe machen muss; wenn immer nur die vor den Recti verlaufende Fascie vernäht wird und nicht auch das hintere Blatt. Unterhalb der Linea semicirc. wird die Narbe halten, oberhalb gelegentlich nicht. Man sollte hier auch das innere Blatt nähen. Es entfiele dann der von Herrn Rotter erwähnte Trichter.

Vielleicht ist dieser Umstand wichtiger als das Verhältnis der Muskeln.

Herr Rotter (Schlusswort): Die Narbenbauchbrüche sind von mir nach den gleichen Grundsätzen operirt worden, welche für die Anlegung der Bauchnaht maßgebend sind, also mit einer Muskel-Fasciennaht.

Auf die Katgutfrage hier einzugehen, widerrathe ich, weil sie uns zu weit führen würde.

Herrn Kossmann's geistreichen Hypothesen möchte ich nicht folgen. Ich halte mich vielmehr an die Ergebnisse der praktischen Erfahrung, welche ich Ihnen heute mitgetheilt habe.

Sitzung vom 27. April 1900.

Vorsitzender: Herr P. Ruge; Schriftführer: Herr Flaischlen.

I. Demonstration von Präparaten.

1) Herr Olshausen demonstrirt ein lebendes, neugeborenes Kind mit Bauch-Blasen-Genitalspalte, welches die Besonderheit zeigt, dass neben der Vesica fissa ein Nabelschnurbruch und ein Prolaps einer Darmschlinge mit einem widernatürlichen After an derselben bestand, bei gleichzeitiger Atresia ani.

2) Herr Odebrecht zeigt 2 Blasensteine, die durch die Urethra extrahirt werden konnten, ohne dass die Kontinenz dadurch litt. Der größere hat etwa die Größe, wie der jüngst durch Herrn Olshausen vermittels Kolpocystotomie gewonnene.

3) Herr Bröse demonstrirt ein Ei, das er durch Kolpotomia posterior aus einer ganz intakten Tubenschwangerschaft entfernte. Es fand sich bei der 32 Jahre alten Frau auf der linken Seite ein alter Hämatosalpinx, der entfernt wurde, auf

der rechten Seite eine frische, noch lebende Tubenschwangerschaft. Der Tubarsack wurde hier in der Längsrichtung gespalten, das Ei aus der Tube ausgeschält, die Blutung an dem Sitze des Eies durch Umstechungsnähte gestillt und die Tube durch Etagennaht, eine Naht durch die Muscularis, die andere Etage durch die Serosa geschlossen und der Frau die rechten Anhänge erhalten. Der Fötus, welcher in dem Ei sich befand, war 4,7 cm lang.

B. demonstrirt ferner das Präparat eines Carcinoma corporis uteri, das durch vaginale Radikaloperation von einer 37 Jahre alten Virgo gewonnen wurde, bei welcher beiderseits die Ovarien carcinomatös entartet sind.

4) Herr Knorr demonstrirt eine Anzahl von Photographien der weiblichen Blase, die er in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Bierhoff (New York) aufgenommen hat, und giebt dabei einen kurzen Überblick über die normalen und pathologischen Verhältnisse der weiblichen Blase.

Nach einer Besprechung der cystophotographischen Technik, so wie Vorführung des Nitze'schen Apparates, den die Firma Louis & H. Löwenstein, Berlin, hergestellt hat, folgt die Demonstration mittels des Projektionsapparates, die außer normalen Bildern eine Anzahl pathologischer bringt.

(U. A. Einstülpung der Blase durch den Uterus, Taschenbildung, Verzerrungen, Papillome am Sphinkter, Oedema bullosum, Carcinom, Balkenblase, Divertikelbildung, paracystitische Stränge, Blutgerinnsel aus dem Ureter hängend, Exostose der Symphyse.)

5) Herr Zangemeister zeigt ein Kelly'sches Cystoskop, dessen Anwendung er in der Kelly'schen Klinik gesehen hat. Das Cystoskop wird die Leistungen des Nitze'schen Cystoskopes sehr wesentlich ergänzen und bietet besonders für die Therapie wesentliche Vortheile.

II. Herr Bröse: Über Exstirpatio vaginae.

(Der Vortrag erscheint in extenso in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

Die Exstirpation der Scheide ist einmal indicirt wegen maligner Neubildungen, Sarkom oder Carcinom, und zweitens bei gewissen Fällen von Prolaps, welche durch plastische Operationen auf keine Weise zu heilen sind. Je nachdem es sich um die erstere oder letztere Indikation zur Operation handelt, wird die Operation nach verschiedenen Principien ausgeführt werden müssen.

Bei einer 32 Jahre alten Frau wurde wegen Carcinom des oberen Drittels der Scheide, welches bis dicht an die Portio ging, die Totalexstirpation der Scheide und des Uterus so ausgeführt, dass die Scheide hinten im Hymenalringe umschnitten, vorn etwa 2 cm oberhalb des Orificium externum urethrae, ringsherum etwas abpräparirt wurde, dann der Blindsack der Scheide mit 3 Klemmen geschlossen und nun die Scheide von ihrer Umgebung überall stumpf abgelöst wurde. Der Douglas und nach Ablösung der Blase von der Portio die Plica vesico-uterina wird eröffnet, der Uterus vorn durchgezogen, die Lig. lata versorgt und die Exstirpation vollendet. Der Wundrand des Peritoneums des Douglas wird an den Wundrand der hinteren Scheidenwand, der der Plica vesico-uterina an den Wundrand der Scheide oberhalb des Orif. urethra genäht und so die blutenden Flächen des Rectums und der Blase versorgt. Die seitlichen Partien der Scheide werden durch 3 transversal verlaufende Nähte zusammengezogen. Die Kranke wurde am 17. Tage nach der Operation geheilt entlassen und ist bis jetzt 9 Monate recidivfrei.

Bei der Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden spricht sich B. gegen die sacrale resp. parasacrale Methode für die Operation derartiger Fälle aus und will diese Methode nur reservirt wissen für die Fälle, in denen das Scheidencarcinom bei freien Parametrien schon auf das Rectum übergegangen ist und mit der Exstirpation der Scheide eine hohe Rectumexstirpation verbunden werden muss. Ferner ist der sacrale Operationsweg einzuschlagen bei der malignen Degeneration der Scheide der Kinder.

Bei der Operation der Scheidencarcinome vom Scheideneingange aus verwirft B. die alte Methode der Operation von der Scheidenhöhle aus, wegen der Gefahr

der Impfrecidive und der Unsicherheit, die Neubildung radikal zu entfernen. Aus denselben Gründen spricht er sich gegen die Anwendung tiefer Scheiden-Damm-incisionen aus, welche bis in die Nähe des Carcinoms gehen.

Auch den Schuchardt'schen Paravaginalschnitt verwirft er. Dagegen sind zu empfehlen, alle Operationsmethoden, welche es ermöglichen, von der Umgebung der Scheide aus an die Neubildung heranzukommen, die Olshausen'sche perineale Methode, der von Sippel angegebene Hilfsschnitt, am einfachsten erscheint die von Martin zuerst angewandte Methode der Umschneidung im Scheideneingange, nach der auch B.'s Fall operirt wurde.

Was die Frage anbetrifft, wann bei Scheidencarcinomen die Totalexstirpation der Scheide, mit der natürlich auch die Exstirpation des Uterus verbunden ist, ausgeführt werden, wann man sich mit partieller Exstirpation begnügen soll, so ist B. der Ansicht, dass die Totalexstirpation der Scheide immer indicirt ist, bei den die Scheidenschleimhaut gleichmäßig infiltrirenden, allerdings selteneren Formen des Carcinoms, dass man aber auch bei den circumscripten sich auf die partielle Excision nur bei ganz beginnenden Formen beschränken, im Übrigen aber die Totalexstirpation der Scheide ausführen soll. Da natürlich bei so radikalem Vorgehen die Kohabitationsfähigkeit der Operirten leidet, so müssen die Methoden der Scheidenplastik mehr ausgebildet werden. Besonders empfehlen sich da die Vorschläge, die kleinen Labien zur Plastik zu verwenden.

Die Exstirpation der Scheide und des Uterus wegen Prolaps ist nur auf die Fälle von totalem Prolaps des Uterus und der Scheide zu beschränken, in welchen ausgedehnte Verwachsungen des Uterus in dem aus der Vulva heraushängenden Trichter, schwere Adnexerkrankungen, pelveoperitonitische Verwachsungen, eine Reposition des aus der Vulva heraushängenden Tumors und daran anschließende plastische Operationen unmöglich machen.

Die Exstirpation des Uterus und der Scheide wegen reponiblem Prolaps ist, nachdem W. A. Freund gezeigt hat, wie man den aus der Bauchhöhle in die Scheide verlagerten Uterus plastisch zur Heilung der Prolapse verwenden kann, aufzugeben.

B. operirte einen solchen Fall von irreponiblem Prolaps, bei welchem das ganze kleine Becken von pelveoperitonitischen Exsudatmassen ausgefüllt war, im Wesentlichen nach der von Martin angegebenen Methode, welche für derartige Fälle außerordentlich praktisch ist. Nachdem die Portio mit der Kugelzange angezogen ist, wird die Scheide im Hymenalringe umschnitten. Dann wird die vordere Scheidenwand durch einen in sagittaler Richtung bis in die Nähe der Portio geführten Schnitt in der Mitte gespalten und die Scheide nach beiden Seiten von der Blase abgelöst. Nachdem die Blase von der Portio abgelöst und die Plica vesico-uterina eröffnet, wird sofort der Wundrand der Plica vesico-uterina auf beiden Seiten durch je 3 Nähte mit dem Wundrande des Scheideneinganges unterhalb der Urethra vereinigt und so die blutende Fläche der Blase durch das herübergezogene Peritoneum versorgt. In gleicher Weise wird dann die hintere Scheidenwand durch einen in sagittaler Richtung von dem Umschneidungsschnitte bis in die Nähe der Portio verlaufenden Schnitt in der Mitte gespalten und nach beiden Seiten vom Rectum abgelöst, der Douglas eröffnet und das Peritoneum des Douglas sofort mit dem Wundrande an der hinteren Kommissur vereinigt, so dass das blutende Rectum mit Peritoneum überkleidet wird. Dann werden die Seitenpartien der Scheide abgelöst, der Uterus vorn durchgezogen durch die eröffnete Plica vesico-uterina und nach Versorgung der Lig. lata exstirpirt. Die seitlichen Partien der Scheide wurden durch 5—6 Nähte in transversaler Richtung vernäht. Die Kranke genas in kurzer Zeit.

Herr Olshausen ist wie Herr Bröse der Meinung, dass die sacrale Methode nur für ganz seltene Fälle passt. Aber auch sonst kann nicht eine Methode für alle Fälle die richtige sein. Die früher von O. empfohlene Methode mittels perinealen Schnittes ist heute weniger nöthig, weil wir das Carcinom jetzt besser desinficiren und die Kranke gegen septische Infektion vom Carcinom aus besser schützen können als früher. O. operirt bei enger Vagina meistens mit einem tiefen

Damm-Scheidenschnitte, den er schon 1881 bei seiner ersten vaginalen Uterusexstirpation anwandte. Zwischen den verschiedenen vorgeschlagenen Schnitten (Dührssen, Schuchardt) sieht er keinen wesentlichen Unterschied, da alle Schnitte, die tief und weit genug geführt sind, das Cavum ischio-rectale eröffnen und eine gute Übersicht gewinnen lassen. Die Totalexstirpation der Scheide kann und soll man in der Mehrzahl der Fälle umgehen. Die Prognose ist bei Scheidencarcinomen sehr traurig. Eine Dauerheilung wird höchst selten erreicht.

Neugeborenes.

2) F. Schenk (Prag). Fall von angeborenem seitlichen Bauchbruche.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 1.)

Angeborene Ventralhernien gehören zu den größten Seltenheiten. Die über walnussgroße, beim Pressen stärker vortretende Hernie saß rechts zwischen Darmbein und Rippenbogen vor der verlängerten vorderen Axillarlinie und ließ sich in der Ruhe durch die etwa 1 cm große Lücke in der Bauchwand ganz reponiren, der eindringende Finger tastete den Leberrand, so wie den Darmbeinkamm. Nach Wyss ist die Hernie als Hernia ventralis lateralis anterior anzusprechen. Für die Diagnose sind 4 Punkte maßgebend: 1) Sitz zwischen Darmbeinkamm und Rippenbogen, zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie; 2) Begrenzung nach hinten durch die feste derbe Muskelmasse des Musc. obl. abd. ext.; 3) die Möglichkeit, die untersten Rippen von der Bruchpforte aus zu fühlen; der 4. Punkt, anderweitige Defektbildungen, ließ sich hier nicht nachweisen. Die Entstehung mag hier, ähnlich wie bei Ritter, auf einer theilweisen Entwicklungshemmung der Bauchmuskeln beruhen, hervorgerufen durch Druck des auf die rechte Bauchseite angepressten Knies (bei geringer Amnionflüssigkeit in früher Fötalzeit). Bei angezogener unterer Extremität lag das Knie und der untere Theil des Oberschenkels genau der Lücke auf, wobei der Druck doch so gering war, dass keine Difformität entstand. Therapie: Heftpflasterverband mit Pelote. Die Geburt war in Steißlage verlaufen, Menge des Fruchtwassers, Größe und Sitz der Placenta wie gewöhnlich.

Piering (Prag).

3) L. Bolk (Amsterdam). Die Sympodie als Beispiel pathologischer Segmentalanatomie.

(Geneeskundige Bladen 1899. No. 10.)

Der Charakter der Segmentation ist an allen Organsystemen aufzufinden (nur nicht an allen gleich leicht), weil alle Systeme aus einer segmentirten Urform entstanden sind. Ein segmentirtes Thier ist wahrscheinlich (nach Périer) nicht aufzufassen als ein Individuum, sondern als eine lineäre Kolonie von Individuen. Auch im menschlichen Organismus ist eine hochorganisirte Kolonie zu sehen, bei der unter Einfluss der Gesetze, der Arbeitsvertheilung und Koncentration der Funktionen im Laufe der weiteren Entwicklung die kongregirten Individuen (die Segmente) sich sehr heteronom entwickelt haben, diese Idee hat für Verf. nichts Unsympathisches. Es fragt sich, ob der Konservatismus in der Begrenzung der Segmente trotz so intensiver Differenzirung, nicht noch der Ausdruck sei der ursprünglichen Individualität der Segmente.

Bei allen Segmentata findet man, dass das Embryo wächst, erstens durch Apposition (am analen Pole) von Segmenten, und nachdem die für jedes Thier typische Zahl von Segmenten angelegt, hört diese Art des Wachsthums auf und findet das weitere Längswachsthum des Embryo ausschließlich durch dimensionale Entwicklung der in und aus den Segmenten entstehenden Organe statt. Diese zweite Art des Wachsens fängt schon an bevor die erste beendigt ist.

Auch beim Menschen ist Segmentatio durch in kaudaler Richtung fortschreitende Neubildung von Segmenten. Die Sympodie ist nach Verf. ein Beispiel von pathologischer Segmentaldifferenzirung, eben so wahrscheinlich der angeborene

Radiusdefekt, die Cyklopie, die Ectopia vesicae. Die Theorie der Amnionfalten als Ursache für derartige Missbildungen nennt Verf. eine unglückliche, weil diese Falten zwar pathologische Momente, aber nur für atypische nicht an anatomische Grenzen gebundene Abweichungen abgeben. Von der Bildung von Amnionfäden kann Verf. sich keine rechte Vorstellung machen.

Verf. meint nun, dass die Sympodie entsteht, wenn beim Embryo die normale Zahl der Segmente nicht angelegt wird, und vom 24. an die letzten Segmente fehlen. Dies glaubt Verf. u. A. aus den Abweichungen an den unteren Extremitäten beweisen zu können. (Die Abweichungen der Becken- und Bauchorgane konnte Verf. in dieser Abhandlung nicht besprechen. Äußere Genitalien fehlen bei der Sympodie.) Das Extremitätenskelett des Sympus apus, S. monopus mit wenig und viel Zehen, des S. dipus ist aufzufassen als Verwachsung der unvollkommen (durch Fehlen resp. des 24., 25., 26. und 27. und folgenden kaudalen Segmentes) angelegten Extremitäten. Zwischen Sympodie und Ectopia vesicae besteht kein principieller, nur ein gradueller Unterschied. Weil der letzte Theil des Urdarmes nicht angelegt wird, fehlen Allantois und Artt. umbilicales (die einfache Arterie der Sympodisten ist die zur Entwicklung gekommene Art. omphalo-mesenterica). Das Verwachsen der Extremitätenanlagen erklärt sich daraus, dass beim Fehlen der letzten Segmente das letzte angelegte Segment nicht transversal, sondern longitudinal ist. Dass die Zehen nach der Rückseite, die Fersen an der Bauchseite stehen, erklärt sich daraus, dass die Drehung der Extremitäten nach vorn, Torsion oder Rotation nach innen, ausgeblieben ist. Primär ist der Stand der Extremitäten, bei der deren Skelett transversal steht. Die Muskeln der Extremitäten werden in einer ventralen und einer dorsalen Schicht (Ventroplanum und Dorsoplanum) angelegt. Alle beim Embryo im Ventroplanum, alle im Dorsoplanum liegenden Muskeln findet man auch am Sympodium noch ventral resp. dorsal liegend.

Atypische Sympodie ist der Ausdruck der segmentalen Asymmetrie. Manche schematische Figuren sind zur Erklärung dem Texte beigegeben. Verf. hofft seine jetzt als Vortrag gehaltene sehr interessante Studie später ausführlich anderswo zu publiciren. **Semmelink** (Leiden).

4) L. Hugounenq (Lyon). Untersuchungen über die Statik der mineralogischen Elemente, im Besonderen des Eisens, beim menschlichen Fötus.

(Lyon méd. 1899. Mai 7.)

5) Derselbe. Das Eisen im fötalen Organismus.

(Ibid. Mai 21.)

6) Derselbe. Das Verhältnis der Mineralien im neugeborenen Menschen und das Bunge'sche Gesetz.

(Ibid. Juni 11.)

Drei kurze Mittheilungen, aus deren Zahlentabellen etwa folgende Resultate gezogen werden:

Die Fixirung mineralogischer Elemente durch den Embryo vollzieht sich nicht in allen Perioden der Gravidität mit gleicher Intensität: schwach im Beginne, sehr energisch am Ende. Das Durchschnittsgewicht der in den letzten 3 Monaten im Fötus fixirten mineralischen Bestandtheile ist ungefähr doppelt so groß, als das der ersten 6. Im Moment der Geburt enthält der Neugeborene etwa 100 g mineralische Salze, die er dem Organismus der Mutter entzogen hat — davon 0,421 g F_2O_3 oder 0,294 metallisches Eisen. Die Aufstauung des Eisens folgt durchaus dem oben für die Mineralsalze überhaupt formulirten Gesetze. Also koncentrirt sich die Abgabe mineralischer Elemente von Seiten des mütterlichen Organismus an den Fötus zu $^2/_3$ auf die letzten 3 Graviditätsmonate.

Vielleicht steht das im Zusammenhange mit der oder jenen pathologischen Erscheinung bei der Mutter in den letzten Monaten und es erschiene vielleicht nicht

irrational, diesem gesteigerten Abgange durch entsprechende, eisen-, phosphor- und kalkreiche bevorzugende Auswahl der Nahrungsmittel zu begegnen.

Ob sich das von Bunge für junge Thiere aufgestellte Gesetz des Reservefonds von Eisen in den Geweben, welches dann wegen Eisenmangels der Milch herangezogen wird, in der That auch auf den neugeborenen Menschen übertragen lässt, wagt Verf. doch nicht zu entscheiden. — Wenn Bunge, auf Grund von Vergleichen von Aschen thierischer Föten und der Asche der Milch der Mutterthiere, den Satz aufstellte, dass die Epithelialzelle der Milchdrüse die mineralischen Salze dem Plasma genau in der Proportion entzieht, wie sie das junge Thier braucht, so kann, auf Grund eigener Versuche, H. der Milchdrüse des Menschen diese Fähigkeit nicht zugestehen. Vielleicht, meint er, gilt dieses Bunge'sche Gesetz nur für Säugethiere, die sich sehr schnell entwickeln, die also schon in der Säugeperiode den Hauptheil ihres Körpers aufbauen. **Zeiss** (Erfurt).

7) **R. Scholten** (Leiden). Ein seltener kongenitaler Tumor des kleinen Fingers.

(Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde 1899. No. 14.)

Bei einem sonst gesunden Knaben, 7. Kind einer gesunden Mutter, wurde am linken kleinen Finger ein gestielter, kleiner, traubenförmiger Tumor beobachtet und zwar an der ulnaren Seite der ersten Phalanx, hart am ersten Interphalangealgelenke. Der Tumor wurde nach Unterbindung des Stieles abgetragen, in Formol und Alkohol gehärtet, in Celloidin eingeschlossen. Die Oberfläche sieht aus wie die Haut der Finger; an der Oberfläche des Tumors ein kleiner weißer Körper in einer Einsenkung, sieht aus wie ein Fingernagel.

Mikroskopisch besteht der Tumor aus Bindegewebe, rings umgeben von normaler Haut, mit Gefäßen, Fettgewebe ohne besondere Lokalisation, Schweißdrüsen und einzelnen Tastkörperchen. Was makroskopisch ein Fingernagel zu sein schien, zeigt sich auch mikroskopisch als solcher. Mitten in dem kleinen Tumor ist ein harter Kern von hyalinem Knorpel, theilweise verknöchert, theilweise mit Kolonnestellung der Knorpelzellen. Der Stiel enthält in bindegewebsartigem Stroma ein Gefäß und einen Nerv.

Verf. hält dies für einen rudimentären 6. Finger. Von den verschiedenen Theorien über das Entstehen der Polydaktylie hält Verf. die v. Bardeleben'sche für ganz unbewiesen und in vielen Fällen für sehr unwahrscheinlich, indem die Auffassung Ahlfeld's und Lewin's (Amnionfäden), trotzdem der strenge Beweis noch fehlt, viel mehr Wahrscheinlichkeit für sich hat, weil u. A. die Vielfältigkeit und das Wechselnde der Abweichung mehr für Zufälle als für theromorphe Varietät spricht. **Semmelink** (Leiden).

8) **A. Fränkel** (Wien). Über Radikaloperation der Leistenbrüche von Säuglingen.

(Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 47.)

9) **Karewski** (Berlin). Zur Radikaloperation der Leistenbrüche bei Säuglingen.

(Ibid. No. 51.)

Da in der weit überwiegenden Mehrzahl der Brüche eine kongenitale Anlage besteht, da andererseits auch regelmäßiges Tragen eines Bruchbandes ein Größerwerden des Bruches meistens nicht zu verhindern vermag, ganz zu schweigen von einer Heilung auf diesem Wege, so muss man auch der Spontanheilung der Hernien im Kindesalter skeptisch gegenüberstehen. Selbst wenn einmal die Bruchgeschwulst verschwindet, so bleibt die Anlage doch immer bestehen. Daher will Verf. für Hernien des Kindesalters dieselbe Indikationsbreite gelten lassen wie für jene der Erwachsenen. Er hat bisher 68 Kinder wegen Leistenbruches radikal operirt, darunter 16 Säuglinge. Bei diesen letzteren kamen 4mal incarcerirte Brüche zur Operation. Die Erfolge sind so gute, dass F. gerade für das Säuglingsalter, in

dem Bruchbänder durch die fortwährende Beschmutzung besonders lästig sind und leicht Ekzeme verursachen, die Radikaloperation mit Vorliebe ausführt und zwar je früher desto besser, jedenfalls aber im ersten Lebensjahre. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug 8—10 Tage. Technisch bietet die Operation, nach Bassini ausgeführt, keine besonderen Schwierigkeiten. —

K. tritt den oben geäußerten Anschauungen Fränkel's entgegen mit dem Hinweise darauf, dass unter Anwendung eines Bruchbandes eine ganze Reihe von Brüchen im Säuglingsalter heilten. Nur wenn ein Bruchband nicht vertragen wird oder nicht den gewünschten Erfolg hat, soll operirt werden. Dann genügt aber bei Kindern vor dem 3. Lebensjahre statt der komplicirten Bassini'schen Operation die stumpfe Ablösung der Serosa des Bruchsackes und ihre Unterbindung möglichst hoch oben im inneren Leistenringe, ein Eingriff, der in ein paar Minuten zu erledigen ist. Diese Methode hat K. 19mal ausgeführt (6 incarcerirte) und nur einen fast moribund eingelieferten Fall verloren.

Calmann (Hamburg).

Verschiedenes.

10) **O. v. Herff.** Über Carcinombildung inmitten des Beckenzellgewebes der Scheidenumgebung.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 3.)

Bei einer 47jährigen Vpara fand sich im linken Scheidengewölbe ein etwas über bohnengroßer, harter, eiförmiger, schmerzlos entstandener Tumor, der mit der Vaginalwand fest verwachsen war und mit Cervix und Blase in losem Zusammenhange zu stehen schien. 1 Jahr vorher war bei der Pat. von anderer Seite wegen Retroflexio fixata mit gutem Erfolge die Vaginalfixatio ausgeführt worden. Die Gebärmutter lag jetzt anteflektirt, sie sowohl wie die Anhänge zeigten keine Abnormitäten. Die übrigen Körperorgane waren gesund. Die vorgenommene Probeexcision des Knotens stellte mit aller Sicherheit seine maligne Natur fest.

Der Verf. exstirpirte daher von der Scheide aus den Uterus mit den Anhängen und dem beschriebenen Tumor unter ausgiebiger Resektion des linken Scheidengewölbes, glatte Heilung.

Die entfernten inneren Genitalien erwiesen sich als durchaus normal. Zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung des Knotens wurden durch ihn und die mit ihm fest verbundene Scheidenschleimhaut Serienschnitte gelegt. Es zeigte sich, dass die Geschwulst weder von der Schleimhaut der Vagina noch von der Cervix uteri aus ihren Ursprung genommen hatte. Die Mitte des Tumors wies einen ausgesprochen alveolären Bau auf, indem die Alveolen mit dicht an einander gelegenen, verschiedenartig geformten, epitheloiden Zellen ausgefüllt waren. Ein Wall jungen Bindegewebes, durchsetzt mit einzelnen Leukocyten, umgab die centralen Alveolen. An keiner Stelle konnte ein Übergang von Bindegewebszellen oder von Endothelien der kleinsten Blut- und Lymphkapillaren in Geschwulstzellen festgestellt werden.

2 Jahre nach der Operation fand die letzte Untersuchung der Pat. statt. Die Frau erfreute sich andauernd der besten Gesundheit, so dass der exstirpirte Krebsknoten unter keinen Umständen als Metastase eines bei der Operation noch nicht zu diagnosticirenden primären Carcinoms der inneren Organe aufgefasst werden konnte.

Der Tumor war bestimmt an dem Orte seines Sitzes entstanden und muss aller Wahrscheinlichkeit nach von persistirenden Resten des Wolff-Gartner'schen Ganges oder von drüsenartigen Sprossen dieses Ganges abgeleitet werden, die als Analogon der Samenblasen beim Manne zu betrachten sind.

Scheunemann (Breslau).

11) **Penrose** (Philadelphia). Über den Krebs des Gebärmuttergrundes.

(Annals of surgery 1899. Juni.)

P. hält den Krebs des Gebärmuttergrundes für verhältnismäßig weit häufiger, als man gewöhnlich annimmt. Innerhalb derselben 4 Jahre von 1894—98, in denen er 11 Fälle von Funduskrebs gesehen hat, hat er 67 Fälle von Cervixcarcinom beobachtet, so dass also jener in 16% vorkam. Bei seinen Nachforschungen in den Listen der University und des Gynécéan Hospital ist er erstaunt gewesen, zu finden, dass der Cervixkrebs stark abzunehmen scheint, da er unter den letzten 350 Kranken nur 11, unter den vorhergehenden 250 Kranken dagegen 27 mit Cervixkrebs verzeichnet hatte. Von seinen 11 Kranken mit Funduskrebs wurden 7 mit abdomineller Hysterektomie behandelt uud genasen bisher ohne Recidiv, bei 2 wurde die Operation versucht, musste aber aufgegeben werden, diese starben beide an Erschöpfung, eine verweigerte die Operation und eine Geisteskranke wurde nicht operirt. Nach seinen Erfahrungen muss mithin P. die Aussichten der Operation für sehr gut erklären, wogegen die Erfolge der Hysterektomie bei Cervixkrebs sehr schlecht sind; nur 2mal sah er danach das Recidiv ausbleiben.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

12) **T. M. Madden** (Dublin). Weitere Beobachtungen über den Gebärmutterkrebs und seine Behandlung.

(Dublin journ. of med. science 1899. Juni.)

Verf. zieht zunächst nur die 54 Fälle seiner letzten 11 Jahre zu Rathe. Der jüngste betraf ein 16jähriges Mädchen mit Medullarcarcinom. Als ihm und seiner Ansicht besonders eigenthümlich ist aus der Arbeit nur seine Vorliebe für hohe Cervixamputation zu erwähnen; er hat damit viel bessere Dauerresultate erreicht, als mit seiner allerdings sehr spärlich (nur 5mal) ausgeführten Totalexstirpation. Von letzteren starb 1 nach 5 Monaten an Blasenrecidiv, die andere nach $1^1/_2$ Jahre an maligner Rückgratserkrankung, und nur 1 lebte noch nach $2^1/_2$ Jahren. Die guten Resultate bei der Cervixamputation erscheinen zudem auch noch in einem besonderen Lichte, wenn Verf. gesteht, dass die Fälle von »vermuthlichem« Krebs eingeschlossen sind. Er amputirt entweder mit dem Thermokauter, oder ekrasirt und brennt dann nach.

Bei der palliativen Therapie warnt er vor dem zu lange fortgesetzten Gebrauche von Morphium; er sah eine Pat. plötzlich sterben an einer ganz legal dosirten Injektion. Mit Orthoform hat er sehr befriedigende Resultate gehabt. Als Desodorans benutzt er gern Irrigationen mit einer Terpentinemulsion oder Terpentineinlagen; als Ätzmittel neben dem Paquelin besonders Chlorzink. Methylenblau, Alkoholinjektionen, Serumtherapie und Elektrolyse sind zum Theil von ihm versucht und wieder verlassen. Als Grundton im Résumé seiner ganzen 25jährigen Erfahrung klingt vor das Leiden mit der frühzeitigen Diagnose und die traurige Zunahme der Krebsfälle überhaupt.

Zeiss (Erfurt).

13) **Descos** (Lyon). Carcinom im Fundus uteri.

(Lyon méd. 1899. Juli 9.)

Curettage wegen Blutungen; folgen septische Erscheinungen: Vaginale Hysterektomie kupirt die Peritonitis, Heilung, Carcinom im Fundus.

Zeiss (Erfurt).

14) **Ricard**. Traitement des suppurations pelviennes par l'incision vaginale.

(Gaz. des hôpitaux 1898. No. 59.)

R. kommt in Folge einer Reihe von selbst beobachteten Fällen zu der Überzeugung, dass die einfache vaginale Incision bei Beckeneiterungen ungenügend ist und meist die Radikaloperation nach sich zieht. Sind die Krankheitserscheinungen sehr schwere und ist die Pat. sehr herunter gekommen, so hat die einfache vaginale Incision den Vortheil, Zeit zu gewinnen, die Pat. erholt sich meist schnell

nach diesem Eingriffe und gewinnt man dadurch Zeit, die Radikaloperation nach einiger Zeit anschließen zu können. R. Biermer (Wiesbaden).

15) **H. Hartmann.** Über Colpotomia posterior bei Behandlung eitriger Adnexerkrankungen.

(Ann. de gynécol. 1898. August.)

H. will die Kolpotomie angewandt wissen in Fällen, wo die Eiterherde in das vaginale Scheidengewölbe hinabragen, so dass sie dasselbe vordrängen; wo sie in direkter Verbindung mit der Scheidenwand sich befinden und in Fällen, wo es selbst bei kleinen und von der Vagina anatomisch getrennten Herden sich handelt um eine frische Entzündung oder einen akuten Nachschub eines alten Entzündungsherdes mit ausgesprochener Schmerzhaftigkeit auf Druck an einem bestimmten Punkte.

Verf. hält die Fälle, welchen diesen verschiedenen Indikationen entsprechen, für ziemlich selten. Und selbst bei dieser beschränkten Anzahl von Fällen kommt man mit der hinteren Kolpotomie nicht immer zum Ziele, so dass man genöthigt ist, zur endgültigen Heilung einen radikaleren Eingriff zu machen. Gleichwohl hält sie H. unter den oben angegebenen Bedingungen für angezeigt, da man doch in gewissen Fällen auf diese einfache Weise die Kranken heilen kann.

Odenthal (Bonn).

16) **Sunder.** Resultat von 1000 Einträufelungen mit 2%iger Argentum nitricum-Lösung bei Neugeborenen.

Inaug.-Diss., München, 1897.

Verf. kommt bei seinen Untersuchungen zu folgendem Resultate: »Von einer dauernden Schädigung des Auges durch diese 2%ige Höllensteinlösung hat noch Niemand etwas gesehen, wohl aber kommen Blennorrhoen vor, welche auch bei rechtzeitiger Behandlung selbst die erfahrenste Hand nicht ohne bleibende Reste zu heilen vermag. Die Unannehmlichkeiten, welche der meistens geringe Argentumkatarrh verursacht, stehen in gar keinem Verhältnisse zu den durch Blennorrhoe gesetzten Schädigungen. Nicht nur aus humanitären Rücksichten, sondern auch vom nationalökonomischen Standpunkte aus ist es dringend angezeigt, mit allen Kräften zu erstreben, dass die Methode Credé's die Verbreitung in den weitesten Kreisen finde, die ihr gebührt, dass sie in gleicher Weise segensreich wirke wie die Erfindung Jenner's, dass Tausende vor einer elenden Zukunft bewahrt, zu gesunden, glücklichen Menschen werden, gemäß dem Motto Cohn's, die Blenorrhoea neonatorum kann und muss aus allen civilisirten Staaten verschwinden.«

R. Biermer (Wiesbaden).

17) **Peck.** Protargol und Argonin in der Behandlung der eiterigen Conjunctivitis bei Kindern.

(Med. news 1899. Januar 21.)

Bei der anerkannten Wirkung des Protargols und Argonins auf die Gonokokken kann es nicht Wunder nehmen, dass diese Präparate auch für Behandlung der Blennorhoea neonatorum empfohlen werden. Nach P. übertreffen sie den Höllenstein 1) durch die raschere Abtödtung der Gonokokken, 2) durch raschere Beeinflussung der Absonderung und Entzündung, 3) durch die schnelle Herstellung der erkrankten Gewebe der Horn- und Bindehaut selbst.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

18) **E. Niebergall** (Basel). Über Provokation der Gonorrhoe beim Weibe.

(Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

Die beabsichtigte Provokation der Gonorrhoe beim Weibe ist naturgemäß ausgeschlossen; dagegen wird nicht selten unbeabsichtigt ein gonorrhoischer Process provocirt; entweder weil der Arzt überhaupt nicht an die Gegenwart von Gonokokken gedacht hat oder wenn trotz wiederholter Untersuchungen solche nicht ge-

funden worden sind. 4 Krankengeschichten illustriren diese Sätze. Einer 33jährigen Frau, die wegen Sterilität in Behandlung steht, wird ein Laminariastift in den Uterus eingelegt. Nach Einlegen und Entfernung des dritten Stiftes entleert sich ein Sekret, das viele in Eiterzellen eingeschlossene Gonokokken aufweist. Dabei Schmerzen, Schüttelfrost, Temperatur von 39,7°.

Entlassen wird die Frau ca. 10 Tage später mit Gonokokken im Cervixsekret und mit einer rechtsseitigen Pyosalpinx!

Zweiter Fall: Eine 21jährige Frau hatte vor einigen Jahren eine gonorrhoische Infektion mit Betheiligung des Peritoneums durchgemacht. Scheinbare Heilung, da monatelang fortgesetzte methodische Untersuchungen des Cervixsekretes stets resultatlos ausfielen. Da die Frau dringend wünscht, von ihrer Sterilität befreit zu werden, werden zur Einleitung der Behandlung Laminariastifte eingelegt. Wieder Fluor, zahlreiche Gonokokken. Ähnlicher Verlauf bei einem dritten Falle. In dem vierten Falle erschienen die Gonokokken, nachdem bei einer IIpara, bei der wegen retinirter Deciduafetzen ein blutig-seröser Fluor bestand, eine Curettage vorgenommen worden war.

N. sieht diese Fälle als Beweis an für das Vorhandensein einer latenten Gonorrhoe im Sinne Noeggerath's. **Flatau** (Nürnberg).

19) **H. Cushing** (Baltimore). Akute diffuse Gonococcusperitonitis.

(Johns Hopkins Hospital Bullettin 1899. Mai.)

Wenn auch bekannt war, dass bei Gonorrhoe des Weibes sich Peritonitis ausbilden kann, so betrachtete man diese doch als Folge einer Mischinfektion. C. führte nun in 2 Fällen den Nachweis, dass der Gonococcus die alleinige oder wenigstens hauptsächliche Veranlassung einer akuten diffusen Peritonitis war. Auch zeigt C., dass die Fortpflanzung der gonorrhoischen Entzündung auf das Bauchfell nicht, wie man bisher annahm, auf das Wochenbett beschränkt ist, sondern auch während der Menstruation stattfinden kann. Im Allgemeinen bleibt sicherlich die aufsteigende Form der Gonorrhoe auf das Becken beschränkt, ohne irgend wie zu chirurgischen Maßregeln zu nöthigen. Dass es aber zu einer allgemeinen Erkrankung des Bauchfelles, wie in den 2 Fällen C.'s kommt, muss entweder sehr selten sein oder unerkannt bleiben, jedenfalls nimmt C. an, dass ein besonderer Zustand des Bauchfelles oder eine besondere Virulenz des Organismus als Vorbedingung vorhanden sein muss. Auch dürfte das Bauchfell eben so wenig immun gegen Gonococcusinfektion sein als die übrigen serösen Häute.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

20) **Caillaud.** Ein Fall von Eklampsie.

(Gaz. des hôpitaux 1898. No. 93.)

Verf. berichtet über einen Fall von schwerer Eklampsie, die im 7. Monate der Schwangerschaft auftrat. Therapie: Bei genügend erweitertem Muttermunde wird ein todtes Kind mittels Zange extrahirt, Chloralklystier und Aderlass und im Anschlusse hieran intravenöse Kochsalzinfusion. Die Anfälle wiederholen sich. Nach 2 weiteren subkutanen Kochsalzinfusionen bessert sich der Zustand zusehend, so dass die Wöchnerin am 10. Tage p. p. das Bett verlassen kann. Der gute Erfolg wird in erster Linie der NaCl-Infusion zugeschrieben. Verf. empfiehlt einen zu diesem Zwecke eingerichteten Irrigator mit Thermometer und Spirituslampe, der sich durch seine Einfachheit auszeichnet. C. giebt der subkutanen Infusion den Vorzug gegenüber der viel umständlicheren intravenösen.

R. Biermer (Wiesbaden).

21) **Graefe.** Über Eklampsie, insbesondere ihre Behandlung.

(Deutsche Ärztezeitung 1899. Hft. 14 u. 15.)

Betreffs der Ätiologie der Eklampsie steht Verf. auf dem Standpunkte, dass wohl eine Autointoxikation mit Stoffen die Ursache sei, welche sich im Körper der Schwangeren bilden und nicht genügend ausgeschieden werden. Prophylaktisch ist jede Albuminurie in der Schwangerschaft mit Milchdiät, Bettruhe und Schwitzkuren zu behandeln. Letztere sind auch bei ausgebrochener Eklampsie ein Haupt-

mittel. Außer der Diaphorese ist auch die Diurese anzuregen und Verf. empfiehlt dazu Kochsalzinfusionen oder Einläufe per rectum (200—300 g pro dosi) ein Verfahren, dessen Erfolge Ref. auch bei anderen Nierenkrankheiten häufig bestätigen konnte. Bei drohendem Lungenödem und starker, venöser Hyperämie kommt ein Aderlass in Frage, durch den vielleicht auch im Blute angehäufte Toxine entleert werden. Vor Pilokarpinanwendung wird gewarnt, dessgleichen ist Chloroform wegen seines schädigenden Einflusses auf die Nieren bedenklich und es ist jedenfalls nicht rathsam, es längere Zeit anhaltend fortzugeben, sondern es lieber zeitweise durch Morphiuminjektionen zu ersetzen. — Dass die Geburt, so schnell es geht, beendigt werden muss, ist allbekannt. Ist die Cervix noch nicht erweitert, darf die intra-uterine Kolpeuryse mit Dauerzug dringend empfohlen werden. Steht der Kopf schon tief im Becken, gelingt es häufig die noch nicht genügend verstrichene Cervix mit 2 oder 3 eingeführten Fingern zu erweitern. Die Dührssen'schen Incisionen des Muttermundes sind ihrer Gefahren wegen wohl nur für die Klinik zu empfehlen, für den praktischen Arzt bedenklich. Der Kaiserschnitt, ob abdominal oder vaginal, wird meist umgangen werden können und hat auch bis jetzt eine schlechte Prognose ergeben. Die Behandlung der puerperalen Eklampsie erfordert dieselben diuretischen und schweißtreibenden Maßnahmen; jede Aufregung der Wöchnerin ist zu verhüten, das Anlegen des Kindes nach schwerer Eklampsie besser zu unterlassen. Die psychischen Störungen haben meist eine gute Prognose, auch die Amaurose bessert sich meist von selbst.

Witthauer (Halle a/S.).

22) van der Hoeven (Amsterdam). Die fötale Theorie bezüglich der Ursache der Eklampsie.

(Obstétrique 1899. No. 5.)

Die Hypothese v. d. H.'s geht dahin, dass die Ursache der Eklampsie in der Gegenwart einer lebenden Frucht »in utero« bestehe. Es bilden sich Toxine und zwar auf 2 verschiedenen Wegen:

1) Während der Schwangerschaft sind die Sekretionsorgane sowohl in anatomischem als funktionellem Sinne gestört.

2) Die zu leistende Arbeit ist erhöht; die Quantität der zu eliminirenden Toxine ist während der Gravidität vermehrt.

Wir haben also zuerst eine Toxämie, und diese verursacht die weiteren Läsionen in den verschiedenen Organen. Damit eine Toxämie nicht eintritt, müssen die Toxine aus dem Körper entfernt werden; diese Ausscheidung geschieht hauptsächlich auf 2 Wegen 1) vermittels des fötalen Harnes in den Liq. amnii und von da in den mütterlichen Organismus, und 2) direkt durch die Placenta in das mütterliche Blut.

Die Schwangerschaftsnephritis und die eklamptischen Konvulsionen sind nur 2 verschiedene Etappen ein und desselben Intoxikationszustandes.

Die fötale Theorie wird unterstützt durch Byers, Chrobak, Inverardi, Kier, Potter, Lannois, Hochwelker, Nikiforow, Morisani, Pasquali, Hirst.

Die fötale Theorie der Eklampsie erklärt auch auf einfache Weise, warum letzere so häufig bei Zwillingsschwangerschaften auftritt und aus welchem Grunde die Symptome abnehmen, so oft der Fötus abgestorben, ohne dass die Mutter jedoch entbunden wäre. v. Winckel hat als Erster die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt gelenkt.

Auch die Eklampsie post partum erklärt sich leicht nach der fötalen Theorie: Mit der Austreibung der Frucht ist allerdings die Hauptquelle der Toxine verschwunden, aber die Läsionen der mütterlichen Organe sind geblieben und bilden die Ursache einer mangelhaften Elimination.

Beuttner (Genf).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Vorwort zur dritten Auflage.

Die Brauchbarkeit des nunmehr in dritter Auflage vorliegenden Büchleins haben wir dadurch zu erhöhen gesucht, dafs wir an passenden Stellen literarische Nachweise eingeschaltet haben. Letztere sind so gewählt, dafs sie entweder die Quellen selbst oder solche Schriften anführen, aus welchen der Lernende näheres über die im Buche erwähnten Methoden erfahren kann. — Die den Autorennamen im Texte beigefügte Zahl weist auf das Jahr hin, in welchem die Arbeit erschienen ist (da wir nur mit Arbeiten aus diesem Jahrhundert zu thun haben, genügten die beiden Endstellen). Hierdurch wird möglich, im Literaturverzeichnis, für welches dieselbe Bezeichnungsweise gewählt wurde, die betreffende Abhandlung leicht aufzufinden. Waren mehrere Aufsätze desselben Autors aus demselben Jahre zu berücksichtigen, so haben wir dieselben durch Beifügung von a, b etc. zu der Jahreszahl unterschieden.

München, im Juli 1896.

Alexander Böhm. Albert Oppel.

Vorwort zur vierten Auflage.

Seit dem Erscheinen der dritten Auflage unseres Taschenbuches sind drei vorzügliche technische Werke erschienen und zwar von A. Fischer (99), von P. Mayer (Lee und P. Mayer 98) und das leider nicht vollendete von S. Apathy (96), welche wir an passenden Stellen berücksichtigt haben. Manche kleinere Bemerkungen dieser Autoren haben wir auch ohne besondere Namensnennung in die neue Auflage eingesetzt. Da auch sonst die Fortschritte, welche die Technik in den letzten Jahren gemacht hat, berücksichtigt und der Umfang des Büchleins doch nicht zu grofs werden sollte, haben wir den das Mikrosk–
behandelnden ersten Abschnitt in dieser Auflage gestrich.
Wir verweisen auf die diesen Gegenstand behandelnden, i
Literaturverzeichnis aufgeführten Werke von Ambroı

(92), Czapski (93), Dippel (82 und 98), Neuhauss (98), Petri (96) und A. Zimmermann (95). Das Kapitel »Rekonstruktionsmethoden«, dessen Schwäche in der alten Auflage wir nicht verkannten, haben wir Herrn Professor Dr. G. Born gebeten, zu bearbeiten, und derselbe hat die grofse Liebenswürdigkeit gehabt, unserer Bitte zu entsprechen.

München, im März 1900.

Alexander Böhm. Albert Oppel.

Inhalt.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. **Sonnabend, den 16. Juni.** **1900.**

I. Über Cervixdehnung und Cervixzerreifsung.

Von
Dr. Hammerschlag,
Assistenzarzt der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg i/Pr.

Bei der immer noch unentschieden schwebenden Frage vom unteren Uterinsegmente kann ein kürzlich in unserer Klinik resp. Poliklinik beobachteter Fall einiges Interesse darbieten.

Es handelte sich um eine 37jährige VIIpara, deren frühere Entbindungen alle spontan und schnell verlaufen waren, bei der die Hilfe unserer geburtshilflichen Poliklinik in Anspruch genommen wurde, da es sich nach Angabe der Hebamme um eine Steißlage handelte. Der poliklinische Praktikant diagnosticirte dieselbe Lage, erbat aber sofort Hilfe der Klinik wegen Verlangsamung der kindlichen Herztöne bei handbreit oberhalb der Symphyse verlaufendem Kontraktionsringe. Der Blasensprung war mit dem zur Perception gelangten Wehenbeginne vor 5 Stunden eingetreten, die Wehen waren kräftig gewesen. Bis zur Ankunft eines Arztes der Klinik, die wegen der großen Entfernung erst nach $1^1/_2$ Stunde erfolgte, war der Kontraktionsring höher gerückt, sonst nichts Auffälliges bemerkt worden.

Der eintreffende Arzt der Klinik konstatirte sofort bei seiner Ankunft die eingetretene Uterusruptur. Es hatte sich um eine 2. Schädellage mit abgewichenem Kopfe gehandelt, so dass die Schulter im Beckeneingange stand, die mit einer starken Geburtsgeschwulst bedeckt, für den Steiß gehalten worden war.

Das Kind war nach rechts in die Bauchhöhle ausgetreten, lag dicht unter den Bauchdecken, der Kopf stand noch im Uterus beweglich über dem Beckeneingange.

Nach sofortiger Perforation des abgestorbenen Kindes misslang die Kranioklasie, worauf die Frau zur Vornahme der Entbindung eventuell durch Laparotomie und nachfolgender vaginaler Uterusexstirpation in die Klinik transportirt wurde. Wenige Minuten nach der Ankunft in der Klinik trat aber bereits der Exitus ein.

Bei der Sektion wurde folgender Befund aufgenommen:

In der rechten Seite der Bauchhöhle lag der Fötus mit dem Rücken nach außen, Kopf über dem Beckeneingange, bedeckt von der Placenta, gänzlich außerhalb des Uterus. Der Steiß lag im rechten Hypochondrium, die Füße wurden zwischen Darmschlingen sichtbar.

Der leere Uterus liegt nach links gedreht, so dass das rechte Ligamentum latum nach vorn gerückt ist. Vorn rechts am Uterus findet sich eine missfarbene Zone, unterhalb derselben ein Riss, aus welchem Blutcoagula und Eihäute heraushängen.

Das rechte Ligamentum latum ist durch in ihm befindliche Blutmassen auf Kindskopfgröße ausgedehnt. Die Blase ist quer vom Uterus abgerissen, ihre Schleimhaut ist ödematös und blutig suffundirt. Über 1 Liter Blut befindet sich in der freien Bauchhöhle.

Den in toto entfernten Uterus schnitt ich hinten in der Medianlinie auf und verlängerte den Schnitt bis in beide Fundusecken. Nach Auseinanderklappen des Uterus wird die Placenta, die noch an Eihäuten festhängt, vorsichtig durch den Riss in das Uterusinnere gezogen und die Rupturstelle dadurch freigelegt.

Der ganze Uterus vom Fundus bis zum äußeren Muttermunde hat eine Länge von 30 cm, die größte Breite des aufgeschnittenen Präparates beträgt im Fundus 28 cm, und verjüngt sich nach unten um 2 cm.

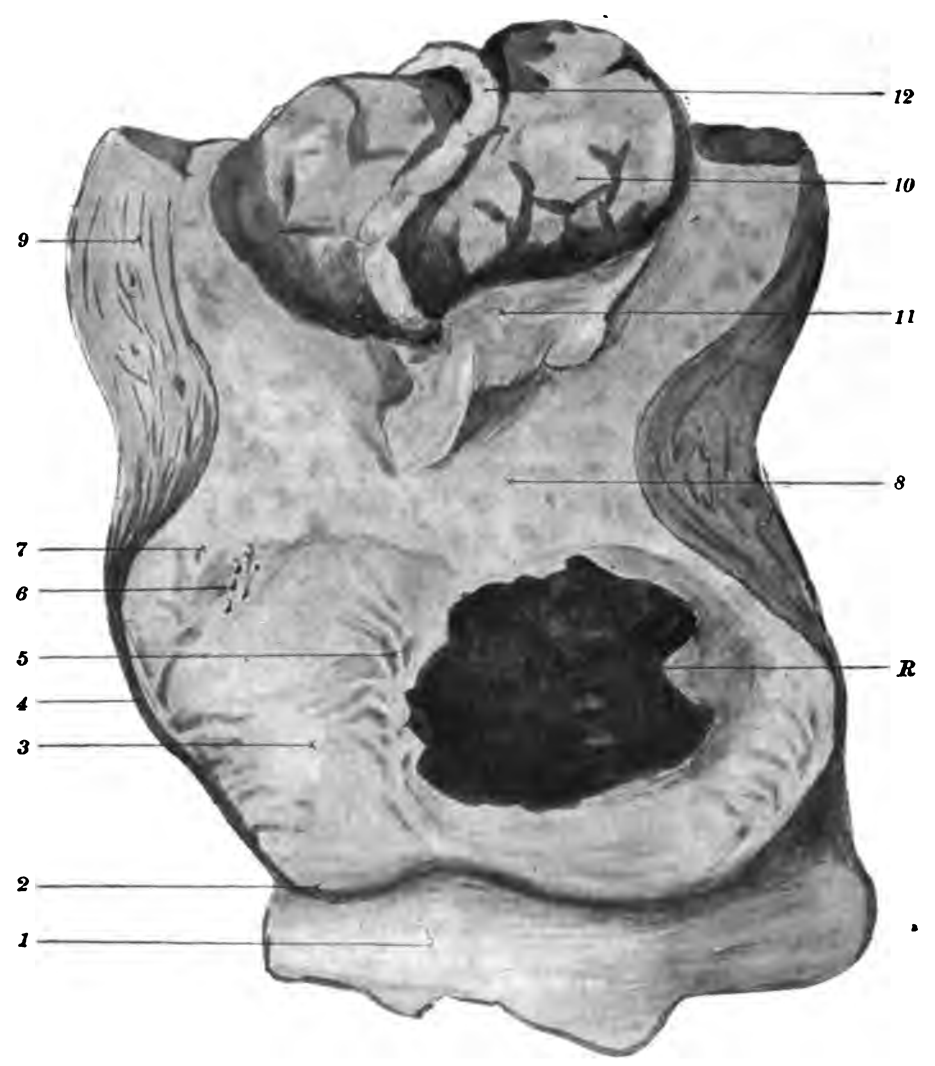
Die Schleimhaut zeigt nun ein ganz auffallendes Verhalten: Die Uterusinnenfläche erscheint in 2 scharf gesonderte Partien geschieden, die durch eine deutlich markirte cirkuläre Grenze, die 14 cm oberhalb des äußeren Muttermundes verläuft, von einander getrennt sind. Die obere Partie erscheint matt, leicht rauh und entspricht im Wesentlichen dem gewöhnlichen Aussehen der von Eihäuten entblößten, mit Decidua ausgekleideten Uterusinnenfläche. Die unterhalb der erwähnten Grenze liegende Zone jedoch ist glatt, spiegelnd, und zeigt in exquisitester Weise bis hinauf zur Grenze verlaufende Plicae palmatae an deutlicher Rhaphe entspringend. Dicht rechts neben der Rhaphe der vorderen Wand beginnt die etwa kreisförmige, ca. 10 cm im Durchmesser haltende, von zerfetzten Rändern umgebene Rupturstelle, die zum Theil von tiefdunkelrothen Blutcoagulis ausgefüllt ist. Der tiefste Punkt der Ruptur liegt 1,5 cm oberhalb des äußeren Muttermundes, die obere Grenze ist 13 cm vom äußeren Muttermunde, 1 cm von der cirkulären Grenze entfernt.

Die Rhaphe der Plicae palmatae der hinteren Uteruswand ist beim Aufschneiden getroffen. An mehreren Stellen, besonders in der Nähe der cirkulären Grenze, sieht man stecknadelkopf- bis erbsengroße, bläschenförmige, halbkugelige Hervorragungen, welche einen hellen, flüssigen Inhalt durchschimmern lassen, also genau dem Bilde der Ovula Nabothi entsprechen. Kurz, es erscheint makroskopisch unzweifelhaft, dass der Uterus aus 2 scharf getrennten Abschnitten besteht, von denen der obere aus Corpus bis zum inneren Muttermunde, der untere, der die Ruptur enthält, allein aus der maximal gedehnten Cervix besteht. Von der Ausbildung eines unteren Uterinsegmentes als Abschnitt des Corpus ist nicht eine Andeutung vorhanden, der Durchschnitt der Muskulatur ist ganz gleichmäßig dick bis zur cirkulären Grenze und misst etwa 4,5 cm, unterhalb der Grenze

beginnt sofort die Verdünnung, so dass wir nur noch eine Wandstärke von 0,5 bis 1,0 cm haben.

Die beigegebene Skizze, die ich der Liebenswürdigkeit meines Kollegen Dr. Richter verdanke, veranschaulicht alle diese Verhältnisse auf das Beste.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte vollinhaltlich den oben gegebenen Befund: Oberhalb der Grenze Corpus mit Decidua, unterhalb derselben Cervix mit Epithel. Die als Ovula Nabothi angesprochenen Gebilde erweisen sich als Retentionscysten mit durch den Inhaltsdruck abgeplattetem Epithel.



1. Vagina. 2. Os externum. 3. Cervix. 4. Muscularis cervicis. 5. Plicae palmatae. 6. Ovula Nabothi. 7. Os intern. 8. Corpus. 9. Muscularis corporis. 10. Placenta. 11. Eihäute. 12. Funiculus umbilical. *R.* Ruptura.

Wir haben also hier einen Fall vor uns, bei dem die 6 Stunden nach dem Blasensprunge eingetretene Ruptur allein durch Überdehnung

der kolossal in die Länge gezogenen und verdünnten Cervix zu Stande gekommen ist, ohne dass auch nur eine Andeutung eines unteren Uterinsegmentes als Abschnitt des Corpus vorhanden ist. Wie enorm diese Längenausziehung der Cervix vor der Ruptur gewesen sein muss, beweist die noch jetzt am leeren Uterus messbare Länge derselben von 14 cm.

Vom Kontraktionsringe, der ja nur, wie v. Herff noch neuerdings experimentell nachgewiesen, ein Phänomen des lebenden, arbeitenden Uterus ist, am Präparate daher selten sichtbar wird, ist auch in diesem Falle am Präparate nichts zu sehen.

In der mir zugänglichen Litteratur, die ich auf ähnliche Beobachtungen hin durchgesehen habe, konnte ich einen Parallelfall zu dem meinigen nicht finden, wenn ich absehe von den sogenannten Cervixrupturen, wie sie Bandl in seiner klassischen Monographie beschreibt. Es scheint sich also im vorliegenden Falle um eine Art Unicum zu handeln, das uns jedoch zwingt, Folgendes anzunehmen:

Es giebt sichere Fälle, bei denen die Ausziehung der Cervix in der Geburt ein Maß erreichen kann, das bislang nicht bekannt; es können bei diesen Fällen Zerreißungen eintreten, die klinisch absolut unter dem gewöhnlichen Bilde der kompleten Uterusruptur mit Austritt des Kindes in die Bauchhöhle verlaufen, bei denen die anatomische Untersuchung jedoch feststellt, dass es sich um reine Cervixrupturen mit alleiniger Ausziehung der Cervix ohne Bildung eines unteren Uterinsegmentes als Abschnitt des Corpus handelt.

(Aus der Landesgebär- und Hebammenlehranstalt in Czernowitz.)

II. Ein Beitrag zur Behandlung der Eklampsie.

Von

Assistent Dr. **Popescul,**

früher Operationszögling der 1. geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Wien.

Während der günstige Einfluss, den eine rasche Beendigung der Geburt auf die eklamptischen Konvulsionen ausübt, allgemein anerkannt ist, und in der Beschränkung der Fortdauer der von den Sexualorganen ausgehenden centripetalen Reize ausreichende Erklärung findet, giebt es, wenn wir selbst die puerperalen Eklampsien, bei welchen die Anfälle überhaupt erst im Wochenbette ausbrechen, abrechnen, doch noch Fälle genug, wo die Anfälle nach der Entbindung nicht aufhören, ja manchmal mit unheimlich gesteigerter Frequenz wiederkehren.

In einem Berichte über 129 beobachtete Fälle berechnet Zweifel[1], dass nur in 65% ein Aufhören der Anfälle nach Entleerung des Uterus zu konstatiren war, während nach Olshausen[2] in 85% aller

---

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1895. No. 46.

[2] Schauta, Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. p. 644.

Fälle dieselben entweder sofort oder sehr bald nach der Entbindung ausblieben.

Rechnet man dazu die Fälle, bei denen der Forderung Dührssen's[3], die sofortige Entleerung des Uterus vorzunehmen, aus bestimmten Gründen nicht genügt werden kann, so werden noch mehr Fälle für eine medikamentöse Behandlung erübrigen.

Mit dem medicinischen Regime streben wir zunächst die Herabsetzung der erhöhten Reflexerregbarkeit, dann die Ausscheidung der toxischen Substanzen (Schmorl u. A.) an. Als Mittel, welche der ersten Indikation entsprechen, werden am meisten die Narkotica: Chloroform, Morphium, Chloral in Anwendung gezogen; zu letzterem Zwecke empfiehlt sich die Anregung starker Diaphorese und zwar entweder in der Form von Einpackungen in nasse heiße Laken (Jaquet) oder als heiße Bäder bis zu 45° C. mit nachfolgenden Einwicklungen in wollene Decken (Breus).

In Bezug auf die Verwerthbarkeit der üblichen Narkotica gehen die Ansichten noch weit aus einander. Die einen Autoren erblicken in Chloroform, weil es am raschesten der Kardinalforderung — tiefe Narkose — entspricht, das souveräne Mittel, während Andere es für bedenklich erklären, weil es bei der oft unvermeidlichen protrahirten Narkose leicht fettige Degeneration des Herzens bewirkt und die ohnehin alterirte Nierenthätigkeit noch mehr schädigt. Nächst dem Chloroform wird das Morphium, sowohl in heroischen Dosen als auch in gewöhnlichen Gaben, am meisten empfohlen. Veit giebt das erste Mal nicht unter 0,03—0,04 und steigt innerhalb 4—7 Stunden zu einer Gesammtdose von 0,12—0,20!, während Schauta sich mit den gewöhnlichen Dosen von 0,01 begnügt, die er nach jedem Anfalle bis zum Eintritte tiefer Narkose wiederholt haben will. Auch Fehling[4] warnt vor den großen Dosen Morphium und hat manche Kranke mehr in Folge von Morphiumvergiftung als von Eklampsie zu Grunde gehen gesehen. Dann ist noch das Chloral ein vielgebrauchtes Mittel. Während Charpentier das letztere von vorn herein in sehr großer Dosis, 4 g per clysma, giebt, lässt v. Winckel 1—2 g verabfolgen und wiederholt diese Dose nach jedem Anfalle, so dass 12 g und darüber in 24 Stunden verbraucht werden.

Nächst den angeführten Medikamenten wurden noch andere Mittel empfohlen. Jenks[5] sah einen günstigen Einfluss von Einathmungen von Amylnitrit, McAllister[6] will von Tinctura Veratri stets prompte Wirkung beobachtet haben, Ferré[7] tritt warm ein für

---

[3] Archiv für Gynäkologie Bd. XIX. p. 219 und Bd. XXI. p. 142.

[4] Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 21. Ref. in Therapeutische Monatshefte Bd. XIII. Hft. 8.

[5] Philadelphia med. times 1871, citirt nach Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe 1891. p. 769.

[6] Med. age 1894. No. 19. Ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1895. No. 27.

[7] Nouv. arch. d'obstétr. et de gynécol. 1894. No. 8. Ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1895. No. 27.

die in Frankreich verbreitete Methode der subkutanen Infusion beträchtlicher, steriler, 6—8$^0/_{00}$iger Salzwassermengen, welche auch von Fehling[8] empfohlen wird.

Wie man sieht, ist der Arzneischatz nicht gerade reich an Mitteln gegen die eklamptischen Anfälle — wenigstens im Vergleiche mit den Heilmitteln gegen die anderen krankhaften Zustände —; auch haften den gegenwärtig benutzten Mitteln mehr oder weniger ausgesprochene Mängel an.

Diese Umstände bestimmten mich, ein neues Mittel gegen diese Affektion zu erproben, und bin ich von dem Resultate der angewandten Medikation so überrascht, dass ich über die gemachten Erfahrungen eine kurze Mittheilung zu machen mir erlaube.

Das Präparat, das ich auf seinen Heilwerth bei Eklampsie zu prüfen Gelegenheit hatte, ist das von Battle bereitete »Bromidia«. Dieses Medikament stellt eine zweckmäßige Verbindung von hypnotischen und antispasmotischen Mitteln dar und wird nach folgender Vorschrift angefertigt:

Rp.: Kali bromati,
Chloral. hydrat. āā 30,0,
Extr. hyoscyam.,
Extr. cannab. ind. āā 0,25,
Extr. glycyrrhiz. liquid. Ph. Br. 90,0,
Ol. aurant cort. gtt. 5.

Ein Esslöffel dieses Mittels enthält ca. 3 g reines Chloral und Kaliumbromat und 2$^1/_2$ cg Extr. hyoscyam. und Extr. cannab. ind.

Was die Dosirung dieses Präparates anbelangt, so bin ich selten in die Lage gekommen, mehr als einen Esslöffel mittels Ballonspritze als Clysma zu appliciren, nachdem schon nach einmaliger Verabreichung der Erfolg ein eklatanter war. Man könnte das Mittel auch wiederholt in kleineren Dosen, einen Kaffeelöffel voll, nach jedem Anfalle anwenden, zweckmäßig auch eine einmalige große Dosis Morphium 0,03 vorausschicken.

Neben mehreren anderen, vor 2 Jahren anderwärts behandelten Fällen hatte ich hier vor Kurzem Gelegenheit, die Wirksamkeit von Bromidia neuerlich in 2 Fällen zu erproben:

I. J. A., 20 Jahre alt, Ipara, I. Schädellage, Becken normal, wurde am 28. Januar 1900 als Gravida in die Anstalt aufgenommen. Am 31. Januar um 7 Uhr Morgens wird dieselbe aufs Kreißzimmer gebracht, wo sie um 9 Uhr 30 Minuten den ersten eklamptischen Anfall bekommt. Die Untersuchung ergab: Cervicalkanal verstrichen, Muttermund für 2 Finger durchgängig, Schädel im Beckeneingange fixirt. Nachdem die Wehen kräftig und rasch auf einander folgend, der Puls zwar frequent, aber nicht gespannt und das Allgemeinbefinden nicht schlecht war, so wurde die Blase gesprengt, eine Morphiuminjektion von 0,02 gemacht — im Übrigen aber ein exspektatives Verhalten beobachtet. Die Geburt erfolgte so rasch, dass wir gar nicht in die Lage kamen, in diesem Falle Kunsthilfe anzuwenden. Bis zu der um 12 Uhr 30 Minuten beendeten Geburt einer 2550 g schweren Frucht wiederholten sich die Anfälle noch 4mal. Nach der Entbindung wird Pat. in ein

[8] l. c.

nasses heißes Leinentuch gewickelt, mit wollenen Decken sorgfältig zugedeckt und bekommt eine Morphiuminjektion von 0,02. Die Anfälle wiederholen sich in ungefähr $^1/_2$stündigen Intervallen und ist Pat. auch in der anfallsfreien Zeit nicht bei vollem Bewusstsein. Um 4 Uhr Nachmittags ist der Anfall von maniakalischer Erregung associirt, so dass Pat. von 4 Schülerinnen nicht niedergehalten werden kann und mit Leinentüchern an das Bett gefesselt werden muss. Nachdem Morphium 0,03 ohne jeden Erfolg, wird Pat. durch $^1/_2$ Stunde lang in Chloroformnarkose erhalten. Schon nach einer weiteren halben Stunde Erwachen aus der Narkose, worauf sich die Anfälle mit unheimlich gesteigerter Frequenz wiederholen, so dass bis 10 Uhr Abends — von 4 Uhr Nachmittags gerechnet — von den überwachenden Schülerinnen 17 Anfälle! verzeichnet wurden. Ich gab den Fall schon verloren, da erinnerte ich mich der früher einmal angewandten Bromidia, und entschloss mich, noch einen verzweifelten Versuch mit diesem Mittel zu machen. Es wurden 20 ccm Bromidia als Clysma mit der Ballonspritze No. 2 verabreicht und angeordnet, mich während der Nacht herbeizuholen, falls die Anfälle noch wiederkehren sollten. Am Morgen des 1. Februar wurde mir bei der Visite die erfreuliche Mittheilung gemacht, dass Pat. seit der Applikation des Mittels frei von Anfällen war, jedoch aus dem Schlafe nicht erwacht sei. Während des ganzen Tages liegt Pat. in tiefem Sopor, aus dem sie nur zeitweise erwacht, um spontan zu uriniren und einen Schluck Wasser herunterzubringen, worauf sie wieder einschläft. Derselbe Zustand auch am 2. Februar unverändert. Erst am 3. Februar erwacht Pat. aus ihrem 2tägigen Schlafe, ist bei klarem Bewusstsein und nimmt Nahrung zu sich.

II. Am 4. März 1900 wurde ich um 2 Uhr Nachmittags zu einer 19jährigen Ipara gerufen, die kurze Zeit vorher Zwillinge entbunden hatte. Bald nach der Geburt stellten sich bei ihr eklamptische Krämpfe ein, welche in ziemlich rascher Folge sich wiederholten. Bis zu meiner Ankunft hat Pat. 4 Anfälle im Ganzen gehabt. Ich fand ein kräftiges und gut gebautes Mädchen, das nur schwach auf lautes Anrufen reagirt und bei Stichen mit der Nadel leichte Abwehrbewegungen macht. Von der Umgebung konnte ich erfahren, dass Pat. bisher stets gesund, insbesondere frei von epileptischen und hysterischen Krämpfen war. Von anderer Seite wurde gleich nach dem ersten Anfalle Morphiumpulver, 0,01 pro dosi, mit der Weisung verordnet, diese nach jedem Anfalle zu reichen, was jedoch undurchführbar war, weil Pat. schon das erste Pulver erbrach und nach dem zweiten Anfalle auch in den Pausen zwischen den einzelnen Krampfausbrüchen bewusstlos blieb. Ich applicirte einen Esslöffel Bromidia als Clysma und konnte bei meiner um 6 Uhr Abends wiederholten Visite die erfreuliche Thatsache erfahren, dass Pat. frei von Krämpfen war. Ich fand Pat. in tiefem Schlafe und hatte bloß den spärlichen Harn mit dem Katheter zu entleeren, den ich zur Untersuchung mitnahm. Am nächsten Morgen war Pat. bereits bei Bewusstsein und klagte bloß über eingenommenen Kopf.

Der Einfluss von Bromidia auf die eklamptischen Anfälle ist unverkennbar, und wenn darüber natürlich heute noch nicht das letzte Wort gesprochen werden kann — weil ich das Mittel gegen die eklamptischen Krämpfe sub finem graviditatis und unter der Geburt zu versuchen noch nicht Gelegenheit hatte —, so habe ich doch geglaubt, das Mittel dem allgemeinen Urtheile zur Prüfung unterbreiten zu sollen.

Auch scheint die von mir geübte Technik der Applikation des Bromidia als Clysma Beachtung zu verdienen, da diese speciell in der Privatpraxis nicht ganz belanglos ist. Man kann wohl kaum verlangen, dass der Arzt während des ganzen Status eclampticus, der unter Umständen auch 24 Stunden und mehr dauern kann, nament-

lich im Privathause, anwesend sei; es wird daher auch die Forderung, nach jedem Anfalle eine Morphiuminjektion zu machen, wohl nur ein Pium desiderium bleiben! Dann ist es auch nicht unbedenklich, den meist auch in den Pausen benommenen Kranken per os Medikamente verabreichen zu lassen.

Es scheint daher ein Vortheil der beschriebenen Medikation zu sein, dass man die Fortsetzung derselben auch einer verlässlichen Hebamme überlassen kann, die in bestimmten Intervallen das vom Arzte genau dosirte Medikament mittels einer Ballonspritze — wie sie zu Kinderklystieren benutzt wird — applicirt, so dass der Arzt die Kranke bloß zu überwachen hat.

Wenn das Präparat auch bei Eklampsie sub finem graviditatis und intra partum — selbstverständlich in Fällen, wo die schonende Beendigung der Geburt nicht möglich und man die trotz zahlreicher Empfehlungen von autoritativer Seite doch nicht so ganz ungefährlichen Dührssen'schen Schnitte nicht prakticiren will oder kann — das halten würde, was die Erfahrungen bei der puerperalen Form erwarten lassen, so dürfte das Mittel als eine willkommene Bereicherung der medikamentösen Behandlung der Eklampsie zu betrachten sein.

---

1) **v. Weiss** (Sarajevo). Zur Reform des Hebammenwesens in Bosnien und der Hercegowina.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 6.)

Verf. schildert eingehend die von ihm eingeführte Organisation, die sich eng an die österreichischen Verhältnisse anlehnt. Er giebt den Hebammen unentgeltlich eine geeignete, leicht desinficirbare, genau beschriebene Tasche und ebenfalls das erforderliche Lysol. Die Kontrolle ist den Amtsärzten übertragen. Die bei uns vielfach übliche Karenz scheint praktisch durch eingehende Desinfektion nach puerperaler Infektion ersetzt zu sein. Die Unterstützung der Regierung ist eine weitgehende und liberale gewesen.

Roesing (Hamburg).

---

2) **Langerhans** (Celle). Die Vor- und Ausbildung der Hebammen, Nachprüfungen und Wiederholungskurse.

3) **Lemmer** (Alfeld). Die sociale Stellung der Hebammen.

(Preußischer Medicinalbeamten-Verein. Officieller Bericht über die XVI. Hauptversammlung zu Berlin am 29. u. 30. September 1899.)

Berlin, **H. Kornfeld,** 1899.

Die beiden Referenten, zwischen denen das auf die Tagesordnung gesetzte Referat über das Hebammenwesen und seine Reform vertheilt war, legen ihren gründlichen Ausführungen Leitsätze folgenden Wortlautes zu Grunde:

Langerhans:

I. Die Berufsthätigkeit der Hebammen hat auch fernerhin in denjenigen Grenzen zu verbleiben, welche durch das Lehrbuch und die Instruktion festgelegt sind. Die Aufgabe der Hebamme ist also ausschließlich die Behandlung normaler Zustände und Verhältnisse bei Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen.

II. Gute Volksschulbildung ist für die Hebammenschülerin ausreichend, aber auch erforderlich.

III. Bei der Auswahl der Hebammenschülerinnen hat der zuständige Medicinalbeamte mit größter Sorgfalt zu verfahren und ungeeignete Bewerberinnen ohne Rücksicht auf etwaige Wünsche der Ortsbehörden zurückzuweisen.

IV. Die Ausbildung der Hebammen ist intensiver zu gestalten; es ist vor Allem ein wirkliches Verständnis der Begriffe Infektion und Desinfektion anzustreben. Das mechanische Eindressiren der Desinfektionsvorschriften genügt nicht, um sichere Durchführung der Asepsis im späteren Berufsleben zu gewährleisten.

V. Es muss eine größere Sicherheit in der Untersuchungstechnik, namentlich in der äußeren Untersuchung erreicht werden.

VI. Lehranstalten mittleren Umfanges sind für den Unterricht der Hebammenschülerinnen am geeignetsten, Universitätskliniken im Allgemeinen ungeeignet.

Es ist vortheilhaft, wenn mit der Hebammenlehranstalt eine nicht zu große gynäkologische Abtheilung in Verbindung steht.

VII. Die Zahl der aufzunehmenden Schülerinnen hat sich nach dem Umfange der Lehranstalt (Geburtsziffer etc.) und dem Bedürfnisse zu richten, sie ist von der Aufsichtsbehörde festzustellen.

VIII. Die Dauer der Unterrichtskurse ist zu kurz; dieselbe ist auf mindestens 9 Monate zu bemessen.

IX. Der Unterricht muss im Wesentlichen allein in der Hand des Direktors der Hebammenlehranstalt bezw. bei großen Anstalten eines Abtheilungsleiters liegen. Eine Vielzahl unterrichtender Kräfte ist schädlich. Der Unterricht durch Assistenzärzte ist thunlichst zu vermeiden.

X. Es ist wünschenswerth, dass eine möglichst enge Fühlung besteht zwischen den Hebammenlehranstalten einerseits und den Medicinalbeamten andererseits. Häufigere Theilnahme des Hebammenlehrers und des Regierungs-Medicinalraths an den Nachprüfungen und abwechselnde Betheiligung der Kreisphysiker (Kreisärzte) an den Prüfungen der Hebammenschülerinnen sind dazu geeignete Mittel.

XI. Es sind an allen Hebammen-Lehranstalten regelmäßige Wiederholungskurse für im Berufe stehende Hebammen einzurichten. Die Dauer dieser Kurse ist auf mindestens 3 Wochen zu bemessen.

Die Theilnahme altersschwacher, verbauerter Hebammen an den Wiederholungskursen ist zwecklos. Es ist vielmehr für deren rechtzeitige Pensionirung Sorge zu tragen. Das Schwergewicht liegt darin, dass die jungen Hebammen frühzeitig, 5 Jahre oder auch

schon 3 Jahre nach Ablegung der Prüfung, zum ersten Male wieder eingezogen werden.

XII. Die Beaufsichtigung der Hebammen liegt dem zuständigen Medicinalbeamten ob, der sich in besonderen Fällen durch einen praktischen Arzt (Aufsichtsarzt) vertreten lassen kann. —

Lemmer:

I. Die gegenwärtige sociale Stellung der Hebammen entspricht weder in rechtlicher, noch in wirthschaftlicher Beziehung den Mühen, der Verantwortlichkeit und Wichtigkeit ihres Berufes, der nicht zur Nebenerwerbsquelle herabsinken darf.

Eine gründliche Besserung in dieser Hinsicht ist nicht nur im Interesse der Hebammen, sondern vor Allem auch im öffentlichen Interesse erforderlich.

II. Das größte Hindernis für die Beschaffung und Erhaltung guter Hebammen bilden die jetzige Unsicherheit und Kargheit ihrer Einnahmen. Hierin muss unverzügliche Hilfe herbeigeführt werden.

Geeignete Mittel dazu sind:

a. Beseitigung des unzulässigen und des übermäßigen Wettbewerbes durch schärfere Bestimmungen gegen die Hebammenpfuscherei, durch zweckmäßige Abgrenzung von Hebammenbezirken und durch Zulassung freiprakticirender Hebammen nur auf Grund nachgewiesenen Bedürfnisses.

b. Sicherstellung eines ausreichenden Einkommens der Bezirkshebammen durch Gewährung eines festen Gehaltes mit Alterszulagen im Verein mit entsprechenden Gebühren.

c. Ersatz nothwendiger Ausgaben für Desinfektion, Nachprüfungen und Wiederholungskurse, wie der dadurch herbeigeführten Ausfälle im Berufe.

d. Versicherung gegen Krankheit, Invalidität und Alter, am besten durch eine Hebammen-Kranken- und -Pensionskasse für jede Provinz mit staatlichem Zuschusse. Zum Beitritt muss jede Bezirkshebamme verpflichtet, jede Freiprakticirende (gegen entsprechende Beiträge) berechtigt sein.

III. Zur Hebung des Standesbewusstseins der Hebammen und ihrer Stellung der Bevölkerung gegenüber, so wie zur Erhaltung und Fortbildung ihrer Fachkenntnisse sind unter Aufsicht des zuständigen Medicinalbeamten stehende Hebammenvereine für kleinere Bezirke (Kreise etc.) einzurichten.

Dietrich (Köln).

---

4) G. **Kleinschmidt** (München). Vademekum für den Geburtshelfer. II. Auflage.

München, **Lindauer'sche** Buchhandlung, 1899.

In der zweiten Auflage des Vademekum von K. sind außer den Vorgängen bei der Geburt auch die Zustände der Schwangerschaft und des Wochenbettes mit berücksichtigt worden. Verf. sagt in der Vorrede: »Es ist jetzt also ein vollständiges Kompendium erschienen, welches Demjenigen, der auf der Universität die Geburts-

hilfe theoretisch und praktisch studirt und ein großes Lehrbuch mit Verständnis durchgearbeitet hat, als kurzgefasstes Nachschlagebuch für die Praxis willkommen sein wird.« Nur als ein solches sollte ein derartiges Kompendium benutzt werden. Leider erfreuen sich diese kurzen Kompendien bei den Studirenden vielfach des Rufes als vollständiger Ersatz für ein größeres Lehrbuch, aus dem man für das Examen genug lernen könnte. Von diesem Gesichtspunkte aus haben diese Kompendien eine gewisse Gefahr. Für den praktischen Arzt dürfte das Nachschlagebuch in manchen Fällen von gutem Werthe sein. Besonders gut sind die Kapitel über die geburtshilflichen Operationen behandelt. In den Kapiteln über die Schwangerschaft ist manches, wie es bei der Kürze des Textes nicht anders sein kann, etwas unklar. Die Gesichtslage fasst K. als eine Stellungsanomalie auf; die Gesichtslage entsteht aber durch Entfernung des Kinnes von der Brust, ist somit eine Haltungsanomalie. Auch halte ich es nicht für richtig, die Gesichtslagen zu den Schräglagen zu rechnen und die Querlagen als Schieflagen zu bezeichnen. Doch ist hier nicht der Ort, des näheren darauf einzugehen. **Hohl** (Bremerhaven).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

5) Belgische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Brüssel.

Jacobs (Brüssel): Fibromatose der Genitalien. Fibrom des Ovariums, des Uterus und des Ligamentum latum.

Das Fibrom des Ovariums wird selten beobachtet. Ich habe deren 6 zu behandeln gehabt. In den vorangegangenen 5 Fällen handelte es sich ausschließlich um ein Fibrom des Ovariums; den vorliegenden Fall aber betrachte ich als eine Fibromatose der Genitalien.

Fräulein X, 52 Jahre alt, Nullipara und Virgo, war niemals krank und hat auch nie am Unterleibe gelitten. Seit 2 Jahren haben die Regeln, welche immer regelmäßig waren, aufgehört. — 14 Tage ungefähr vor meiner ersten Untersuchung plötzliche Erscheinungen von Peritonitis, bei welcher Gelegenheit zuerst ein großer abdominaler Tumor entdeckt wurde. Nachdem die Symptome der Peritonitis sich gemildert hatten, wurde ich zur Kranken gerufen und fand Folgendes: Bauch mäßig ausgedehnt und empfindlich; im Unterleibe ein großer Tumor, welcher das kleine Becken und einen Theil des Abdomens einnimmt. Der Tumor ist wenig beweglich, sehr hart, unregelmäßig und ziemlich schmerzhaft bei der Berührung. Nach der Untersuchung per rectum glaubte ich ein großes Fibrom des Uterus, theilweise in das kleine Becken eingekeilt, diagnosticiren zu müssen.

Vor 3 Wochen Operation.

Anstatt eines Fibroms des Uterus fand ich ein großes Fibrom des Ovariums, dessen Stiel sich 3mal um sich selber gedreht hatte. In Folge der Drehung Nekrose und Peritonitis. Die sehr entzündeten Eingeweide bedeckten den Tumor und waren völlig adhärent an denselben.

Die Drehung hatte einen Theil des Tumors in das kleine Becken geführt, wo er sich dann eingekeilt hatte.

Ein zweites, mandarinengroßes Fibrom, mit breitem Stiele auf der hinteren Wand des Uterus, befand sich zwischen dem Ovarialfibrom und dem Uterus, welch letzterer an das Os pubis angeheftet war.

Mehrere kleine interstitielle Fibrome waren im Uterusmuskel zerstreut.

Ein drittes großes Fibrom, mit breitem Stiele am supravaginalen Theile des Collums, hatte sich zwischen den Blättern des Lig. latum entwickelt.

Die linken Adnexe normal.

Ich entschloss mich zur totalen Exstirpation nach Enukleation des ligamentären Fibroms.

9 Tage nach der Operation spontane Entleerung einer gewissen Quantität von blutiger Flüssigkeit, welche sich im Lig. latum angesammelt hatte.

Folgen der Operation normal.

Lauwers (Courtrai): Fibrosarkom der Fossa iliaca, mit Schwangerschaft von 4 Monaten komplicirt.

Es handelt sich um eine 26jährige Frau, welche bereits einmal geboren hatte. Eine äußerst schnelle Vergrößerung des Leibes und ein sehr starkes Ödem des rechten Beines veranlassten die Pat., ärztliche Hilfe aufzusuchen. — Starke Abmagerung und ausgesprochene Blässe des Gesichtes. Regeln, vorher immer normal, sind seit 4 Monaten ausgeblieben, so dass Pat. sich schwanger glaubte.

Bei der Untersuchung des Abdomens findet man 2 Tumoren, von denen der eine, größere, abgerundet, hart, unbeweglich die rechte Fossa iliaca einnimmt und hinauf bis zu den falschen Rippen reicht; der andere länglich, weich, links 2fingerbreit den Nabel überragt; der letztere, wenn gleich beweglich, ist zum Theil über dem umfangreichen, harten Neoplasma aufgelagert, welches mit dem rechten Darmbeine und dem Schambeine eine Masse zu bilden scheint.

Bei der inneren Untersuchung fühlt man sofort das untere Segment des harten Tumors der Fossa iliaca, und man kann sich leicht überzeugen, dass der Tumor, welcher die linke Seite des Abdomens einnimmt, nichts anderes, als der schwangere Uterus ist, welcher durch die Entwicklung des Sarkoms in die Höhe gezogen und gestreckt erscheint.

Da ich einige Monate früher Gelegenheit hatte, ein umfangreiches Fibrosarkom, welches an der Crista ossis ileum fest angeheftet war und das präperitoneale Zellgewebe einnahm, zu operiren, so war ich ganz geneigt, anzunehmen, dass es sich in dem vorliegenden Falle um einen gleichen Tumor handelte, was seine Natur und Entstehung anlangt, dass derselbe aber, anstatt in der Dicke der Abdominalwand, in der Fossa iliaca und unter dem Lig. latum sich entwickelt habe, und dies um so mehr, als ich mich des Falles von Bouffleur aus Chicago (Annals of surgery 1899 Bd. LXXXIII p. 587) erinnerte, welcher ein Fibrosarkom entfernte, welches zu gleicher Zeit die Abdominalwand, die Fossa iliaca, das Lig. latum und die Femoralgefäße einnahm.

Die Exstirpation des Tumors der Fossa iliaca, das einzige Heilmittel sowohl für Mutter als für Kind, wurde am 24. Januar ausgeführt. Sie war sehr mühsam.

Medianer Schnitt von ca. 30 cm. Um den Zugang zu dem Tumor zu erleichtern, löste ich die Insertion des rechten geraden Bauchmuskels an das Schambein ab. Sodann ausgiebige Incision der serösen Umhüllung des Tumors, welcher völlig subperitoneal gelegen war.

Der Enukleation des Tumors setzten sich 3 Hindernisse entgegen: 1) eine breite und feste Anheftung an die Crista ossis ileum, 2) dicke und unnachgiebige Stränge, welche den Tumor in seiner ganzen Umgebung anhefteten, und 3) eine umfangreiche Verlängerung des Tumors gegen den Cruralring. Diese Verlängerung reichte bis zur Fascia lata unterhalb des Poupart'schen Bandes. — Die Anheftung an die Crista wurde mit einem Meißel (rugine) gelöst; die Stränge, welche den Tumor umgaben, wurden zwischen Ligaturen mit dem Messer getrennt; um endlich den Stiel, welcher im Cruralringe sich befand, freizulegen, wurde eine kreisförmige Incision gemacht, welche, an dem unteren Theile des Medianschnittes beginnend, das Poupart'sche Band in der Höhe der Femoralgefäße kreuzte und 15 cm bis zum Schenkel herabreichte. Die Loslösung des Neoplasmas hatte in einer weiten Wundfläche den rechten Rand des schwangeren Uterus, den Ureter, die großen Gefäße in der Fossa iliaca, die Muskel Psoas und Iliacus und am Schenkel die Femoralgefäße freigelegt.

Ich stellte das hintere Peritoneum her, indem ich die Lappen der weiten serösen Umhüllung des Tumors vernähte, schloss dann den Medianschnitt und das abdominale Segment des kreisförmigen Schnittes und führte endlich durch den Cruralring unterhalb des wiederhergestellten Poupart'schen Bandes bis hinauf in die Fossa iliaca reichliche Jodoformgaze ein.

3 Tage nach der Operation gebar die Kranke einen Fötus von ca. 4 Monaten.

Die Folgen der Operation normal; aber wie nach ganz kurzer Zeit in den beiden oben erwähnten Fällen Recidive eintraten, so ist auch in dem vorliegenden ein Recidiv zu befürchten.

Lauwers (Courtrai): Pseudomyxome des Ovariums.

Unter der Bezeichnung »Pseudomyxome des Ovariums« beschreibt Hofmeier (Krankheiten der weiblichen Genitalorgane p. 420) Cysten, deren Inhalt dick wie Gelatine ist, und deren äußerst dünne Wände leicht während und sogar vor der Operation zerreißen. Man findet alsdann die Bauchhöhle mit kolloiden Massen angefüllt, welche die Eigenschaft besitzen, das Peritoneum zu reizen, sich in demselben einzupflanzen und neue Tumoren zu erzeugen. Diese lassen sich schwer in ihrer Totalität entfernen; sie scheinen aber eine Neigung zur Rückbildung zu besitzen, sobald der Haupttumor entfernt ist. Es ist war, dass Recidive möglich sind, selbst nach langen Jahren.

Bei einer Kranken von Fritsch, welche wegen Pseudomyxom des Ovariums im Jahre 1883 operirt war, wurde wegen Recidiv eine 2. Laparotomie im Jahre 1886 gemacht. 11 Jahre später entfernte Olshausen bei derselben Kranken 40 Pfund gelatinöser Massen. 3 oder 4 Wochen nach der letzten Operation Recidive in der Wunde unter der Form eines Tumors, welcher sich nach außen öffnete und eine Stercoralfistel erzeugte. Der Tumor verschwand, die Fistel aber blieb bestehen ohne einen besonderen schädlichen Einfluss auf den allgemeinen Zustand der Kranken auszuüben.

Hofmeier hatte im Jahre 1898 eine Kranke in Behandlung, welcher er 4 Jahre vorher ein umfangreiches Pseudomyxom des linken Ovariums entfernt hatte; 2 Jahre später operirte er dieselbe Kranke an einem analogen kolossalen Tumor des rechten Ovariums und an einem Recidive des linken Stieles, dieser letztere Tumor hatte die Größe eines Fötuskopfes.

Nach Hofmeier sind die Fälle von Pseudomyxomen nicht selten. Ich für meinen Theil habe davon mehrere beobachtet, und will hier nur 4 Fälle anführen, deren Diagnose mir außer Zweifel zu sein scheint.

1) Bei einer Dame von 40 Jahren, deren allgemeiner Zustand ausgezeichnet war, entfernte ich am 21. Juli 1894 einen umfangreichen Tumor des rechten Ovariums, dessen Inhalt dick und gelatinös war und dessen dunkelblaue, sehr dünne Wand während der Operation platzte. Ich entfernte, so gut ich konnte, die herausfließenden kolloiden Massen, ohne das schon sehr gereizte Peritoneum durch zu häufiges Wischen mit dem Schwamme noch mehr zu reizen. Rekonvalescenz normal.

Im Oktober Recidiv eines enormen Tumors, welcher wieder durch Laparotomie operirt wurde.

Bis jetzt kein Recidiv, und die Gesundheit der Operirten bis heute blühend.

2) Bei einem jungen Mädchen von 24 Jahren Ovariotomie am 29. December 1898. Ich entfernte einen enormen Tumor des rechten Ovariums mit sehr dünnen Wänden und kolloidem Inhalte. 3 Monate später Recidiv, an dem die Kranke zu Grunde ging.

3) Bei einer Frau von 71 Jahren Ovariotomie wegen eines Tumors, wie die unter 1) und 2) und einiger kleiner Tumoren im Peritoneum. — Bis heute Zustand der Operirten ausgezeichnet.

4) Frau X, 62 Jahre alt, bemerkte zuerst im August 1899 einen Tumor, welcher seit December 1899 sehr schnell zunahm. Ovariotomie 27. Januar 1900. Der Tumor wie die vorigen. Konvalescenz normal. **R. Saulmann** (Brüssel).

---

6) Geburtshilfliche Gesellschaft in Edinburg.

(Lancet 1900. März 3.)

Der Vicepräsident Ballantyne führt in der Sitzung vom 14. Februar den Vorsitz.

Prof. Simpson demonstrirte 1) eine Blasenmole, 2) eine Flasche mit Levurine (Bierhefe) nach Aragon und Couturieux in Paris, 3) den Schädel eines Kindes, welcher mittels des Basilysten entwickelt war, 4) zwei myomatöse Uteri.

Ballantyne legte vor: 1) einen Fötus mit Radiusdefekten und missgebildeten Daumen. Die betreffende Mutter hatte schon vorher 2mal missgebildete Kinder geboren; 2) einen Anencephalus; 3) photographische Präparate.

Keppie Paterson wies auch eine Blasenmole vor.

Hierauf berichtete Macvie über einen Fall von Eklampsie. Eine erblich belastete Frau war mehrmals in ihren Wochenbetten an Stupor erkrankt. In ihrem 4. Puerperium trat eine tödlich verlaufende Eklampsie auf. (Die von M. empfohlene Therapie ist nicht neu. Der Ref.)

Hierauf spricht Prof. Simpson über Basilysis. Der Hauptnachtheil des Kranioklasten besteht bekanntlich darin, dass die Basis cranii unzertrümmert bleibt. Die Spitze des S.'schen Basilysten besteht aus einem doppelten Schraubengewinde, welches zunächst in das Schädeldach eingebohrt wird. Durch Zusammendrücken der Handgriffe entfernt sich an der Spitze ein Segment von dem anderen, wodurch die Perforationsöffnung nach allen Richtungen vergrößert wird. Nach Ausspülung des Gehirnes wird das gleiche Verfahren bei der Schädelbasis (Sella turcica, Os ethmoideum o. dgl.) angewendet, wonach der Schädel leicht zusammendrückbar geworden ist. Ein gefenstertes Blatt, das außen an den Schädel zu liegen kommt, kann mit dem Basilysten verbunden werden. Das ursprüngliche Modell wurde von S. wesentlich leichter gemacht.

Schließlich berichtet Prof. Simpson über einen Fall von Appendicitis und über eine septische Wöchnerin, wo Levurine, ein trockenes Extrakt von Bierhefe, 3mal täglich 1 Theelöffel voll, mit günstigstem Erfolge gegeben wurde. Levurine soll auch bei Furunkulose, bei Tonsillitis und Pneumonie von guter Wirkung sein.

Rissmann (Osnabrück).

---

7) Chicago gynaecological society.

Sitzung vom 17. November 1899.

Samuel Weber befürwortet ein chirurgischeres Vorgehen in der Geburtshilfe. Von den Vorschriften, die er giebt, sind wenige, die in Deutschland nicht ziemlich allgemein geübt würden. Erwähnenswerth ist vielleicht, dass W. bei Ausfluss oder auf Sepsis verdächtigen Zuständen eine genaue Desinfektion der Scheide vor der Geburt fordert. Bei der Geburt des Kindes soll die Kreißende auf einen Tisch gelegt werden und nicht im Bette bleiben. Größere Cervixrisse sollen genäht werden; wenn Leukorrhoe bestand, wird es gut sein, auch kleinere zu nähen. Am häufigsten werden Einrisse in den seitlichen Theilen der Scheide übersehen. Fälle, in denen eine Autoinfektion möglich ist (! der Ref.), sollen täglich während der ersten Wochenbettstage 2 antiseptische Uterusausspülungen erhalten.

Henry Newmann stimmt in so fern zu, dass weiche Betten für Geburten ungeeignet seien.

Kolischer opponirt gegen die täglichen intra-uterinen Duschen und kann es nicht billigen, wenn in dieser Gesellschaft Behauptungen aufgestellt werden, die nicht genügend erprobt wurden.

Paddock empfiehlt bei Erstgebärenden Episiotomien, um Dammrisse höheren Grades zu vermeiden, kann dagegen hinsichtlich der Gebärmutterspülungen dem Vortr. auch nicht beistimmen.

Bacon kann den Vorschlag, jede Geburt auf einem Tische zu beendigen, nicht für ernst gemeint ansehen, und hält Uterusausspülungen für sehr bedenklich.

Peterson giebt zu, dass die Aseptik der praktischen Ärzte noch sehr zu wünschen übrig lässt. Es wäre zu wünschen, wenn strengere Vorschriften in dieser Beziehung geübt würden.

Byford berichtet über 3 Myomektomien und empfiehlt konservatives Vorgehen. Beim 2. Falle wurden 8 Myome, darunter 1 von Kindskopfgröße, entfernt.

McDairmid operirte eine Tubargravidität mit glücklichem Erfolge, obgleich die Pat. 176 Pulsschläge hatte. Ein Arzt hatte kurz vorher eine Ausschabung gemacht. M. verwirft für solche Fälle den vaginalen Weg, räth aber dringend zu Kochsalzinfusionen vor oder bei der Operation.

Ries kann es nicht wunderbar finden, dass eine Decidua nicht abging, da ja der Uterus ausgeschabt wurde. Den vaginalen Weg will R. nicht verworfen wissen. Er lässt derartig Operirte am 2. Tage aufstehen und am 6. das Hospital verlassen. Der berichtete Fall war desshalb interessant, weil eine Ruptur stattgefunden hat, obwohl ein tubarer Abort schon im Gange war, wie man aus dem geöffneten Fimbrienende erkennen kann.

Byford verwirft ebenfalls den vaginalen Weg nicht. Eine Gefahr besteht nur stets darin, dass man keinen genauen Überblick hat und zu fest zufassen könnte.

Peterson ist kein Feind der Scheidenoperationen, glaubt aber, dass das frühe Aufstehen, welches Ries gestattet, gefährlich ist.

Ries will in der nächsten Sitzung eine Frau vorstellen, die 7 Tage nach einer Kolpotomie entlassen wurde.

Peterson berichtet über einen kolossalen Abscess nach Appendicitis, den er vom Rectum aus geöffnet hat. P. will mit seinem Vorgehen keine allgemeine Regel aufstellen, sondern dasselbe nur für verzweifelte Fälle, bei denen ein großer Abscess bis in die Nähe des Mastdarmes gelangt ist, empfohlen haben.

Byford hat auch in geeigneten Fällen Beckenabscesse durch eine Incision vom Rectum aus entleert. Nothwendig ist es, die Öffnung stets weit genug zu erhalten. Theoretisch ist die Eröffnung eines Abscesses per rectum zu vermeiden, praktisch fehlt diesem Vorgehen selten der Erfolg.

Maniere fragt an, ob Peterson ein Drainrohr in die Höhle legte.

Peterson verneint dieses, hat jedoch die Öffnung so groß angelegt, dass mehrere Finger einzuführen waren.

Andrews hält geeignete Fälle selten für vorliegend.

Newmann erinnert daran, dass Byford sen. mit Vorliebe Beckenabscesse nach dem Rectum zu drainirte.

McDiarmid hat einen appendicitischen Abscess nach der Scheide durchbrechen sehen.

Ries verwirft die Incision der Abscesse vom Rectum aus. Einzelne Fälle mögen ausheilen, im Allgemeinen macht man die Erfahrung, dass Pyosalpinxsäcke, die ins Rectum durchgebrochen sind, nicht ausheilen. Auch können septische Theile vom Rectum in den Eitersack kommen.

Van Hook will Abscesse stets so angreifen, dass auch der Ursprung der Eiterung behandelt werden kann. Zu diesem Zwecke soll nur ein lokales Anästheticum benutzt werden.

Peterson erklärt im Schlussworte nochmals, dass er auch im Allgemeinen gegen den erwähnten Operationsweg sei.

Weber hat eine Nadel nach Dilatation der Harnröhre aus der Blase entfernt.

Gustav Köhler erklärt diesen Eingriff als barbarisch. Wir besitzen das Cystoskop, zu dessen Gebrauche wir keine Narkose nöthig haben.

Harris spricht über die Wiederherstellung des Beckenbodens bei alten Einrissen.

H. ist zu der Überzeugung gekommen, dass manche Publikation über diesen Gegenstand durch unvollkommene anatomische Kenntnisse und fehlerhafte mechanische Betrachtungen veranlasst sei. Namentlich hält H. es für einen Irrthum,

dass »die Fascia recto-vesicalis für sich genügend ist, die Beckencontenta zu stützen«. Fascien sind ohne Hilfe von Muskeln gar nicht fähig, einen dauernden Druck auszuhalten, sondern sie würden gedehnt werden (Skoliose, Pes varus). Auf der anderen Seite ist es durchaus nicht »unphysiologisch, dass Muskeln andauernd in einem Zustande der Kontraktion sich befinden«. Natürlich ist damit nicht ein Zustand der stärksten Kontraktion gemeint. Man braucht nur an die Sphinkteren zu denken oder an die Accommodation der Augenmuskeln beim Lesen. Desshalb folgert H., dass auch der Levator ani dauernd eine Stütze bilden kann. Nach seinen anatomischen Untersuchungen (unter Berücksichtigung der vergleichenden Anatomie) unterscheidet Vortr. eine äußere und eine innere Schicht (Diaphragma pelvis), die sich zusammensetzt aus Ischiococcygeus, Iliococcygeus, Pubococcygeus und Puborectalis. Der Pubococcygeus und der Puborectalis bilden zusammen das, was gewöhnlich Levator ani genannt wird.

Der Damm hat wenig oder gar nichts mit dem Stützen der Beckenorgane zu thun. Die genannten Muskeln können neue Verletzungen erfahren, worauf Schatz zuerst hingewiesen hat. Viele Risse sind subvaginal gelegen. Die bisherigen operativen Eingriffe nehmen alle auf die Muskelrisse keine Rücksicht und sind desshalb unzweckmäßig. H. ist folgendermaßen vorgegangen. An jeder Seite der Vagina wird eine 3—5 cm lange Incision gemacht und die Scheidenwand in Lappenform abpräparirt. Nun kann man gewöhnlich den Muskel fühlen, der alsdann freigelegt wird. Selbst bei stärkeren Zerreißungen hat Vortr. stets die Muskelenden gefunden. Bei multiplen, kleinen Einrissen soll ein Stück resecirt werden und die Enden fortlaufend zusammengenäht werden. **Rissmann** (Osnabrück).

---

8) Geburtshilfliche Gesellschaft in London.

(Brit. med. journ. 1900. März 17.)

Arthur Keith demonstrirte unter dem Vorsitze Alban Doran's Lichtbilder von 2 Beispielen wassersüchtiger, parasitischer Föten. In beiden Fällen waren die unteren Extremitäten und das Beckenende besser entwickelt als die Kopfenden. Ähnliche Veränderungen hat man bei Hühnerembryonen unter gewissen Bedingungen hervorrufen können. K. vermuthet, dass diese wassersüchtigen Zwillingsparasiten auf unvollkommene Theilung eines Eies zurückzuführen seien.

Der Vorsitzende weist auf seine Publikation über akardische Missbildungen in den Verhandlungen dieser Gesellschaft vom Jahre 1889 hin.

Hierauf berichtet John Philipps über einen Fall von Extra-uterin-Gravidität, wo der Tod des Kindes am normalen Schwangerschaftsende bei geringen Wehen erfolgte. Die Operation wurde nach 4 oder 5 Monaten wegen Vereiterung des Sackes gemacht.

Cullingworth betont, dass, wie er kürzlich demonstriren konnte, die Tuben nach Ausstoßung eines Eies innerhalb 10 Stunden wieder normales Aussehen darbieten können. In dem von Philipps besprochenen Falle wird ein tubarer Abort stattgefunden und das Ei sich darauf in der Bauchhöhle weiter entwickelt haben.

John Philipps erwidert auf Anfrage des Vorsitzenden, dass das Colon mit dem Sacke verwachsen war und daher vielleicht die Infektion rühre. Der Vermuthung gegenüber, die Cullingworth hegte, dass der Fruchtsack nichts anderes als die fötalen Eihüllen gewesen sei, bemerkt P., dass die Sackwandung aus Bindegewebe bestand. **Rissmann** (Osnabrück).

Verschiedenes.

9) **C. Vinay** und **A. Cade**. Die Schwangerschafts-Pyelonephritis.

(Obstétrique 1899. Mai.)

Im Verlaufe einer Schwangerschaft kann eine Pyelonephritis auftreten, die mit ziemlich intensiven charakteristischen Symptomen beginnt, wie heftige Lenden-

schmerzen und reichliche Entleerung von eitrigem Harn. Diese Pyelonephritis sitzt immer rechterseits, sie ist leicht von der Cystitis zu unterscheiden, mit der sie dennoch lange Zeit verwechselt worden ist. Der Beginn dieser Affektion fällt gewöhnlich in den 5. Schwangerschaftsmonat. Vom ätiologischen Standpunkte aus kommen 2 Faktoren in Betracht: 1) Kompression des Harnleiters durch den graviden Uterus, 2) Infektion, diese, sehr oft intestinalen Ursprunges, verbreitet sich vermittels der Blutbahn.

Folgen 9 ausführliche Krankengeschichten. 7 Fälle wurden bereits publicirt, 2 neue sind dazu gekommen. **Beuttner** (Genf).

10) **M. Sander** (Frankfurt a/M.). Chirurgische Eingriffe bei Hysterie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 36.)

S. berichtet zunächst über 2 schwere Fälle von Hysterie, bei welchen organische Erkrankungen des Intestinaltractus vorgetäuscht wurden, und zwar so intensiv, dass bei der einen Kranken 2mal, bei der anderen 4mal in einem Jahre die Köliotomie ausgeführt wurde. Im ersteren Falle handelte es sich mehr um die Symptome eines Darmverschlusses, im zweiten mehr um die einer Perforationsperitonitis. Der Operationsbefund war stets ein negativer, dessgleichen der Operationserfolg. Die Krankengeschichten, welche gerade in ihren Details von Interesse sind und durch diese erst ihre Bedeutung erhalten, müssen im Originale eingesehen werden.

S. wirft die Frage auf, ob es möglich sei, die richtige Diagnose in solchen Fällen schon beim Auftreten der ersten bedrohlichen Erscheinungen zu stellen und dadurch bei derartigen Kranken wiederholte chirurgische Eingriffe zu vermeiden. Er bejaht sie mit dem Bemerken, dass man einzelnen Erscheinungen hierbei mehr Beachtung schenken müsse, so dem meist auffallenden Missverhältnisse zwischen relativ gutem Allgemeinbefinden und schweren Lokalerscheinungen, ferner dem schnellen Wechsel der Symptome namentlich im Meteorismus und Erbrechen, dem schweren Krankheitsbilde, was die Pat. häufig in Gegenwart des Arztes darbieten, im Gegensatze zu ihrem sonstigen Verhalten, dem Missverhältnisse zwischen (der häufig artificiell erzeugten) Temperatursteigerung und Pulsfrequenz. Wenn auch die erste Köliotomie bei dem schweren Krankheitsbilde verständlich erscheint, so muss ein völlig negativer Operationsbefund in Verbindung mit der Fortdauer der Symptome nach der Operation entschieden zu Zweifeln Veranlassung geben, zumal wenn die psychischen Symptome mit Bestimmtheit für die Diagnose »Hysterie« sprechen.

Bezüglich der Therapie warnt S. davor, solche Kranke in ein allgemeines Krankenhaus aufzunehmen. Sie gehören in eine geschlossene Anstalt, in welcher durch geeignete therapeutische Maßnahmen meist bald eine erhebliche Besserung bis zur Arbeitsfähigkeit erzielt wird. Die Aussicht auf eine völlige Heilung ist allerdings wie bei allen schweren Hysterieformen nur gering.

Graefe (Halle a/S.).

11) **F. Landwehr** (Bielefeld). Ein Fall von Pfählung mit Verletzung des Scheidengewölbes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 42.)

Beim Überklettern einer Holzschranke hatte sich eine Frau auf einen aufrechtstehenden stumpfen Pfahle von ca. 3 cm Dicke aufgespießt. Nach Herausziehen desselben aus dem Körper sofort starke Blutung aus der Vagina. Scheidengewölbe war auf der rechten Körperseite in der Mitte neben der Portio eingerissen. Der Riss setzte sich in den oberen Theil der Scheide fort, schräg in einer Länge von 4 cm verlaufend. Wunde erstreckte sich in das subfasciale Bindegewebe, ohne dass eine Perforationsöffnung in die Bauchhöhle zu fühlen war. Tamponade der Vagina bis zur Aufnahme der Pat. ins Krankenhaus. Dann fortlaufende Katgutnaht der Wunde. Primäre Heilung. **Graefe** (Halle a/S.).

12) **Boldt** (New York). Präparat von einer Extra-uterin-Schwangerschaft.

(New Yorker med. Monatsschrift 1899. Juli.)

B. legt der Deutschen med. Gesellschaft in New York ein Präparat vor, welches durch Operation gewonnen ist, einer Extra-uterin-Schwangerschaft entstammt und einiges Interessante bietet. Es findet sich: Formveränderung des Schädels ohne Abweichung an den Gliedmaßen, Fehlen des Fruchtwassers und fast völlige Absorption des Fruchtsackes, abgesonderter Sitz der Placenta ganz oben in der Bauchhöhle, verwachsen mit Darm und Mesenterium. Es wurde durch das ganze Verhalten die Annahme einer primären Abdominalschwangerschaft nahegelegt. Dennoch handelte es sich zweifellos um rupturirte primäre Tubenschwangerschaft, die Tube war etwas verlängert, die Fimbrien verschlossen oder verödet, an der die Placenta enthaltenden fibrösen Membran fanden sich Fimbrien der Tube.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

13) **Tixier** (Lyon). Geborstene Extra-uterin-Schwangerschaft bei eingeklemmtem Nabelbruch.

(Lyon méd. 1899. Juli 23.)

T. theilt in der Soc. des sciences méd. de Lyon folgenden Fall mit: 32jährige Frau mit allen Symptomen einer eingeklemmten Nabelhernie. Operation 2 Tage vor der nächst bevorstehenden Regel. Nach Incision des Sackes und Reposition der Därme plötzlich bedrohliche Synkope, weitere Spaltung des Abdomens in der Annahme von Blutung aus einer der Darmschlingen, Abdomen unten voller Blut, Spaltung bis zur Symphyse: Kleinnussgroßer extra-uteriner Fruchtsack in der linken Tube ist rupturirt, wird abgebunden und entfernt, Mikulicz, Tod am dritten Tage p. op.

Zeiss (Erfurt).

14) **Baatz.** Über die Perforation der Extra-uterin-Schwangerschaft in die Blase.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1899.

B. berichtet über einen sehr interessanten Fall: Extra-uterin-Gravidität mens. VI, Perforation des Fruchtsackes — nicht der Schwangerschaft (Ref.) — in die Blase, durch welche Knochenstücke abgegangen waren. Mit dem Katheter fühlte man in der Blase eine Menge knochenharter Massen, rechts neben dem Uterus lag ein kindskopfgroßer, krepitirender Tumor. Durch Cystoskopie wurden Knochenstücke in der Blase festgestellt. Die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen war ergebnislos. Dilatation der Harnröhre, Extraktion mehrerer verkalkter Knochen, Eröffnung des Fruchtsackes auf paravaginalem Wege ohne Eröffnung des Peritoneums. Extraktion zahlreicher verkalkter Knochen und Entleerung eingedickten Eiters. Reichliche Lysolausspülung, Drainage. Aus der Blase werden, nachdem während der Rekonvalescenz ein Knochenstück spontan abgegangen war, nach einem Monate nach Dilatation der Urethra noch 5 Knochenstücke extrahirt. Heilung bis auf geringe Incontinentia urinae. 13 ähnliche Fälle aus der Litteratur werden zusammengestellt.

Stoeckel (Bonn).

15) **Sneguireff** (Moskau). Endometritis dolorosa.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. Hft. 2.)

Auf Grund von 13 Beobachtungen, deren Krankengeschichten vorliegen, beschreibt S. als Krankheitsbild eine Endometritis dolorosa, welche zuerst 1870 Roth in der Londoner geburtshilflichen Gesellschaft als Endometritis fundi convulsiva beschrieben haben soll. Neben allgemeinen nervösen Erscheinungen, die nichts besonders Charakteristisches an sich haben, treten bohrende nagende Schmerzen im Unterleibe auf, die sich bei Anstrengungen steigern und die Kranken psychisch deprimiren. Pathognomonisch sind die sog. 5 Schmerzpunkte, die an den Austrittsstellen der Endäste der Nervi ileo-hypogastrici, der genito-crurales

und ileo-inguinales auf der Haut des Hypogastriums gelegen sind. Bei Sondenuntersuchung fällt die besondere Schmerzhaftigkeit an der Stelle des inneren Muttermundes und des Fundus uteri auf, während jede Sekretion zu fehlen scheint und auch sonst das Organ in Form, Konsistenz und Größe unverändert gefühlt wird. Die Krankheit hat einen den spastischen Zuständen ähnlichen Charakter. Man muss sich vorstellen, dass, vorausgesetzt eine gewisse nervöse Veranlagung, geringfügige Veränderungen an der inneren Gebärmutterfläche, besonders am Fundus uteri, spastische Kontraktionen hervorrufen können, die die Ursache der Schmerzen darstellen. Zieht man in Betracht, dass die Nerven des Fundus uteri in unmittelbarer Verbindung mit den beiden ersten Lumbalnerven stehen, aus denen die vorhin erwähnten Nerven ebenfalls hervorgehen, so ist der Zusammenhang mit dem Hervortreten der Schmerzpunkte an der Haut klargestellt. Die Prognose ist günstig. Dilatation und Tamponade bilden neben Blutentziehung sichere Heilmittel der Krankheit, wobei natürlicherweise Recidive nicht ausgeschlossen sind. In mehreren Fällen reichte die Dilatation allerdings nicht aus, so dass die Hystérotomie sphinctérienne anterieure hinzugefügt wurde. — Ungenügende Untersuchung und Unkenntnis der Schmerzpunkte führen nach Verf. dazu, solche Kranke als hysterisch zu betrachten. **Courant** (Breslau).

16) **O. Schaeffer** (Heidelberg). Neueste Methoden zur Bekämpfung akuter, so wie häufig auftretender Metrorrhagien.

(Deutsche Praxis 1899. No. 11—14.)

Der Verf. fasst das Ergebnis seiner Betrachtungen etwa wie folgt zusammen:

1) Bei Blutungen post partum ex atonia uteri: Bimanuelle Massage, mit Berücksichtigung der zuweilen allein atonischen Placentarstelle. Bei Nichterfolg Herabziehen der Portio bis vor die Vulva mit Muzeux'schen Zangen und Bedecken mit sterilen Kompressen. Dabei Untersuchung auf etwa blutende Cervixrisse. Gegebenenfalls bei Wiedererschlaffung oder bei Blutungen in Folge von Retention von Eitheilen und schon wieder nahezu geschlossener Cervix: intra-uterine Tamponade mit nicht drainirender, imprägnirter Gaze, oder mit lysol- oder kresolfeuchter Gaze oder mit Kolpeurynter. Bei hämostatischer Diathese: post partum Ferripyrin intra-uterin oder Gelatine; letztere bei Aborten bis zur Mitte der Schwangerschaft auf großen Nummern des Kolpeurynters.

2) Bei Menorrhagien, deren Ursachen im Endometrium liegen: Abrasio mucosae ev. mit nachfolgender Atmokausis 105—112°, 10—15 Sekunden lang.

3) Bei Mennorrhagien, deren Ursachen reflektorisch, z. Th. oophorogen sind:

a. Myomatosis uteri: Bei polypösen subserösen Tumoren selten Metrorrhagien, bei noch breitbasig subserösen und bei intramuralen, wenn sie groß und noch andere unerträgliche oder lebensgefährliche Beschwerden verursachen: Totalexstirpation oder supravaginale Amputatio uteri, sonst Unterbindung beider Arteriae uterinae; sind sie klein: mit oder ohne Abrasio mucosae, die Atmokausis, eventuell Obliteratio des Cavum uteri. Bei submukösen und submukös-polypösen Myomen Entfernung der Polypen und Enukleation submuköser Tumoren bezw. Incision von deren Kapsel, um die Blutungen zu mindern und ihren Austritt unter Darreichung von Ergotin zu erleichtern.

Bei jauchenden Myomen: Radikale Entfernung oder Atmokausis, wenn der Process noch oberflächlich ist.

b. Ovarialtumoren: Ovariotomie, sonst Kompression von der Vagina und dem Abdomen her mittels Schrotbeutels oder Bolus alba und Sandsack.

c. Intraovarielle Blutungen, oligocystische Ovariendegeneration: Wie vorige oder Atmokausis; bei lebhaften, sicher bimanuell lokalisirten Schmerzen Entfernung der Ovarien oder eines derselben.

d. Entzündliche Adnexaffektionen: Radikaloperation; sind die Organe noch konservirbar: antiphlogistische Behandlung, bei Blutungen ableitend. Keine vaginale oder gar intra-uterine Therapie.

e. Tubargravidität: Uterine Blutungen gar nicht behandeln. Bei nicht lebensbedrohlicher intraabdomineller Blutung Beckenhochlagerung, Sandsack.

f. Parametritis: Kompression.

g. Alle chronisch gewordenen infektiösen Entzündungsresiduen: Massage.

4) Atypische Metrorrhagien bei Carcinoma uteri inoperabile: Atmokausis oder Ätztampon oder Kohlenpulver- oder Bolus alba-Säckchen etc.

5) Bei Menorrhagien als Folge von Cirkulationsstörungen.

a. Genitalerschlaffung (Descensus et retroflexio uteri, Metritis chronica, Subinvolutio uteri puerperalis etc.): Bimanuelle Massage, heiße Irrigationen, Tamponade, Kompression; Hydrastis, Stypticin. Bei einzelnen Blutungen: Styptische Tamponaden oder Kondom — Kolpeurynter mit Gelatinelösung, ev. Atmokausis bis zur Obliteration.

b. Klimakterische Blutungen: Atmokausis bis zur Obliteration (115—120°, $1/2$—2 Minuten lang), sonst styptische Tamponaden.

c. Bei hämorrhagischer Diathese und Stoffwechselkrankheiten: Lokale und hypodermatische Anwendung hämostatischer Mittel. Allgemeine Behandlung: Physiologische Kochsalzlösung. Mehrseitig empfohlen Gelatinelösung hypodermal oder rectal.

d. Cirkulationsstörungen hervorrufende Organerkrankungen: Stypticin, Hydrastis, Digitalis, Strophantus, Äther. Palliativ: Vaginale Tamponade, Sandsack etc.

Hohl (Bremerhaven).

17) **Bristow** (Brooklyn). Über die Anwendung des Antistreptokokkenserums bei Infektion mit Streptokokken.

(Med. news 1899. Mai 6.)

B. hat ein umfangreiches Material gesammelt, auch selbst einige Fälle, und zwar mit vorzüglichen Erfolgen, behandelt. Von Puerperalfieberfällen fand B. nicht weniger als 201 mit einer Sterblichkeit von 33%; es finden sich darunter auch ganz hoffnungslose Fälle, welche die Sterblichkeit unbillig erhöhen. B. betont die Hauptschwierigkeit für die Verwendung, nämlich die offenbar höchst verschieden starke Wirkung der einzelnen Präparate, welche eine große Unzuverlässigkeit bedingt. Auch die Dosis ist schwer zu normiren.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

18) **Commandeur et Thévenot** (Lyon). Über die Behandlung der Galaktophoritis purulenta durch Ausdrücken der Brust.

(Lyon méd. 1899. Mai 28.)

Nach Vorführung eines Paradefalles wird Indikation und Ausführung erörtert: Es muss reine Parenchym- oder Gangentzündung vorliegen; wenigstens darf das interstitielle Gewebe nicht erheblich miterkrankt sein. Die Expression muss möglichst bald nach Einsetzen des Fiebers gemacht werden, nach Budin Früh und Abends, 2—3 Tage lang, doch zeigt der Fall der Verff., dass exquisite Eiterungen sich auch schon durch 2maliges Ausdrücken sistiren und heilen lassen. Die Manipulationen dürfen an dieser Stelle wohl als bekannt vorausgesetzt werden. In der Zwischenzeit wird ein feuchter, antiseptischer Stützverband an die Mamma gelegt. Der Schmerz bei der Expression soll sich ganz gut ertragen lassen und nachher auch die spontane Empfindlichkeit, wenn, wie Vorschrift, die Brust bis zur natürlichen Weiche exprimirt ist, sofort schwinden. **Zeiss** (Erfurt).

19) **Meissner.** Zwei Fälle von Psychose im Wochenbette.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1899.

Der 1. Fall begann mit einem epileptiformen Anfalle, während der Einleitung der künstlichen Frühgeburt (enges Becken, Spülung zwischen die Eihäute); Melancholie mit maniakalischen Zuständen. Morphium- und Chloralbehandlung. Heilung nach 2 Tagen vor Eintritt der Geburt. Vom 6. Wochenbettstage stillt die Mutter das Kind. Der 2. Fall war komplicirt durch schwere Eklampsie. Im Wochenbette Tobsuchtsanfälle, gegen die alle Narkotica machtlos sind, so dass die Wöchnerin festgebunden werden musste, in den nächsten Tagen melancholischer Zustand, der in völlige Heilung übergeht. **Stoeckel** (Bonn).

20) **Zipperlen** (Bönnigheim). Die Totalexstirpation des septischen Uterus.

Inaug.-Diss., Tübingen, 1899.

Z. veröffentlicht 2 von Döderlein operirte Fälle: 1) Retention von Placentarresten, 3 Wochen p. partum 2maliger Ausräumungsversuch. Verdacht auf maligne Degeneration, schwere Infektionserscheinungen, Totalexstirpation des über 2faustgroßen Uterus per vaginam. Placentarstelle sehr missfarbig, Eiter lässt sich nicht ausdrücken. Sehr langsame Rekonvalescenz, Heilung. — 2) Placentarverhaltung mit Fieber von 40° nach Geburt eines 7monatlichen Kindes (Querlage, frühzeitiger Blasensprung). Laparotomie: Totalexstirpation eines Uterus bipartitus septus, der mit multiplen, interstitiellen Fibromen durchsetzt ist. Das rechte Ovarium wurde zurückgelassen. Heilung. Aus der Litteratur sind 74 operirte Fälle mit 36 Heilungen und 38 Todesfällen zusammengestellt. Verf. empfiehlt den vaginalen Weg und hält die Laparotomie nur für komplicirte Fälle, z. B. bei gleichzeitig bestehendem Myom, für angebracht, während die supravaginale Amputation zu verwerfen sei.

Stoeckel (Bonn).

21) **G. Burckhardt.** Little'sche Krankheit als Folge von Geburtsstörungen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 3.)

Die Little'sche Krankheit wird allgemein auf eine frühzeitige, auf eine besonders schwierige oder auf eine in Asphyxie erfolgte Geburt des Kindes zurückgeführt. Cerebrale Krankheitserscheinungen finden sich ausschließlich bei Kindern der beiden letzten Gruppen.

B. hat aus den Journalen der Würzburger Frauenklinik die während der letzten 10 Jahre in dieser Weise geborenen Kinder herausgesucht und hat sich durch Nachfragen bei der Heimathsbehörde nach dem späteren Ergehen dieser Kinder erkundigt. Die Gesammtzahl seiner Fälle beträgt 73. Die Entbindungen waren theils sehr protrahirt, obwohl spontan verlaufen, theils waren sie auf die verschiedenste Weise operativ beendigt worden. Der Grad der Asphyxie war 42mal ein leichter oder mittlerer, 28mal ein schwerer gewesen.

Von den zusammen 73 Kindern waren zur Zeit der Nachfrage 28 gestorben (nur 3 hatten vor dem Tode ausgesprochene Krankheitssymptome aufgewiesen), 19 Kinder waren mit ihren Eltern verzogen und daher nicht erreichbar, 25 erfreuten sich einer vorzüglichen Gesundheit und in 1 Falle war die Little'sche Krankheit zum Ausbruche gekommen.

Die Geburt dieses letzteren Kindes war im Jahre 1889 in der Weise erfolgt, dass bei der Mutter, einer 30jährigen Ipara mit starker Kyphoskoliose der Wirbelsäule in der 32. Schwangerschaftswoche wegen starker Athembeschwerden die künstliche Frühgeburt mit gutem Erfolge eingeleitet worden war.

Das jetzt also 10jährige Kind konnte sich mit Hilfe einer von Hessing konstruirten Maschine für die beiden Beine gut fortbewegen, es zeigte alle wichtigen Symptome der Little'schen Krankheit mit normalen Gehirnfunktionen.

Durch die obige Arbeit ist somit der Beweis geliefert worden, dass nach schweren Geburtsstörungen des Kindes die Little'sche Krankheit nur selten auftritt, und dass der Geburtshelfer nach wie vor mit allen Mitteln danach streben muss, selbst schwer asphyktisch geborene Kinder wieder zum Leben zu erwecken.

Scheunemann (Breslau).

22) **P. Budin** (Paris). Zur Ernährung schwächlicher Neugeborener.

(Obstétrique 1899. No. 5.)

Schwächliche Neugeborene können

A. einer Amme anvertraut werden.

a. Wird die Amme ins Haus genommen, so soll sie auch noch für einige Zeit ihr eigenes Kind stillen. Hat der schwächliche Neugeborene 2900—3000 g Gewicht erreicht und trinkt er tüchtig, so kann die Amme ihr eigenes Kind wegsenden.

b. Die Neugeborenen, die wegen kongenitaler Schwäche in die Maternité gebracht werden, werden erst dann entlassen, wenn sie das Gewicht von 3 kg erreicht haben; was wird dann weiter aus ihnen? Die Mütter, die keine Milch mehr haben, vertrauen nun die Säuglinge fremden Ammen an oder aber senden ihre Kleinen (in Paris) in das Dépôt der Enfants-Assistés. Das gerettete Kind wird ein »Enfant abandonné«; einige Mütter versuchten allerdings auf jegliche Art und Weise die Milchsekretion in Gang zu erhalten.

B. Wenn eine Mutter ihr Kind stillen will, so muss sie dazu ermuthigt werden:

a. In der Frauenklinik kommt es dann und wann vor, dass das schwächliche Kind die Brust einer multiparen Mutter nehmen kann; unglücklicherweise ist der Säugling aber zu schwach zum Säugungsakte; dann muss die Muttermilch mittels eines Löffels verabreicht werden; nimmt er an Kräften zu, so wird er an die Brust gelegt; in der Zwischenzeit werde ein kräftiger Säugling der betreffenden Mutter anvertraut.

b. In der Privatpraxis nimmt man am besten eine Amme mit ihrem Kinde; diese Amme giebt dem schwächlichen Neugeborenen die Brust (oder auf irgend eine Weise ihre Milch) und ihrem eigenen Kinde; dieses letztere nimmt des weiteren auch noch die Brust der Mutter des schwächlichen Säuglings. Ist dieser letztere kräftig genug geworden, so nimmt er die Brust seiner Mutter.

12 hübsche Kurven sind beigegeben. **Beuttner** (Genf).

23) **Fürst.** Die neueren Phasen des Molkereiwesens und der Säuglingsernährung von Liebig bis Backhaus.

(Therapeutische Monatshefte 1899. Oktober.)

Nachdem Verf. eine historische Übersicht über die Entwicklung des Molkereiwesens, Stallhygiene, Ersatz des Trockenfutters der Kühe durch Mischfutter und die Behandlung der Milch selbst gegeben hat, kommt er zu dem Schlusse, dass die Lösung des Problems, d. h. die Umwandlung des Kaseïns zu gelöstem, resorbirbarem Eiweiße, erst Backhaus gelungen ist. »Die nach dessen Methode mit Sorgfalt und gutem Flaschenverschlusse hergestellte Milch ist, wenn sie eine korrekte häusliche Behandlung erfährt, kalt aufbewahrt und regelmäßig gereicht wird, ein vorzügliches Ernährungsmittel für das 1. Lebensjahr und auch darüber hinaus für das zweite neben der üblichen Breikost. Theoretisch wohl begründet, bewährt sie sich praktisch in normalen und pathologischen Fällen.«

Ref. willl sich dazu einige praktische Bemerkungen erlauben: Ob in chemischer Beziehung das geschilderte Ideal erreicht ist, entzieht sich meiner Beurtheilung, die vielen »Wenn und Aber«, die auch F. zugiebt, schränken die Brauchbarkeit erheblich ein. Gute Kindermilch, im »Soxhlet« gewissenhaft zurecht gemacht, wird selten ihre Dienste versagen und ist nicht annähernd so theuer, wie Backhaus-Milch, die nur für die höheren Zehntausend zu erschwingen ist. Wenn die Herstellung weiterhin so unzuverlässig ist, dass man, wie es hier in Halle geschehen ist, Fliegen, Borsten etc. in der Milch findet, wenn von 8 Flaschen 3 deutlich sauer waren, dann vergeht einem die Lust, diese Milch zu verordnen. Wenn eine Mutter den »Soxhlet« selbst zurecht gemacht hat, weiß sie wenigstens, dass Alles stimmt und dieser Mühe wird sich jede gute Mutter gern unterziehen.

Witthauer (Halle a/S.).

24) **X. Glaser.** Über Gewichtsverhältnisse der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen und die Ursachen der Gewichtsabnahme.

Inaug.-Diss., Erlangen, 1898.

Die Kinder Mehrgebärender verhalten sich in jeder Beziehung günstiger als die von Erstgebärenden. Die Hälfte aller Kinder hat am 9. Tage das Anfangsgewicht erreicht. Die Hauptursache der Gewichtsabnahme in den ersten Tagen ist der Meconiumabgang. Bei 32 in Beckenendlage geborenen Kindern war der Gewichtsverlust um durchschnittlich 100 g geringer als bei in Kopflage geborenen.

Engelmann jun. (Bonn).

25) A. Pinard (Paris). Beitrag zur Kinderpflege während der Schwangerschaft.

(Ann. de gynécol. 1898. No. 8.)

Schon in einer früheren Arbeit im Jahre 1895 machte P. auf den großen Einfluss aufmerksam, welchen die Ruhe der Mutter während der Schwangerschaft auf die Entwicklung des Kindes ausübt. In der heutigen Arbeit will P. auch die Gründe anführen und er glaubt diese in der Art und Weise gefunden zu haben, wie die betreffenden Frauen vorher beschäftigt waren. Er zeigt, dass die Schwangerschaft um so mehr Aussicht hat, in normaler Weise sich zu entwickeln und eben so der Fötus in einer vollkommeneren, als die Frau während der Schwangerschaft unter besonderen günstigeren Bedingungen lebt; dass aber die überanstrengte Frau mehr der Gefahr ausgesetzt ist, schon vor Ablauf der Schwangerschaft und so schwächere Kinder zu gebären. Er fand, dass Frauen, welche 2—3 Monate sich ausruhen konnten, am Ende der Schwangerschaft stärkere Kinder — bis zu 300 g im Durchschnitte — geboren, wie die Frauen, die bis zum Ende arbeiten und besonders dabei noch stehen mussten.

Weiterhin machte Verf. die Beobachtung, dass die durch Symphyseotomie, also bei engem Becken, entwickelten Kinder durchweg schwerer waren, als solche bei normalem Becken.

Auf Grund dieser Erfahrungen stellt Verf. vom Standpunkte der Humanität und der Bevölkerungszunahme die Forderung, dass die Behörden gesetzlich der Frau in den 3 letzten Monaten der Schwangerschaft Schutz angedeihen lassen.

Odenthal (Bonn).

26) A. Goldspohn (Chicago). Die Brauchbarkeit der Alexanderoperation bei aseptischer, fixirter Retroversio uteri. Lösung der letzteren, Resektion und Suspension oder Entfernung der Adnexe durch den dilatirten Leistenkanal.

(Med. record 1898. Oktober 8.)

27) Derselbe. Die verbesserte Alexanderoperation.

(Sep.-Abdruck aus Amer. journ. of surg. and gyn. 1899.)

G. ist der Ansicht, dass die meisten Beschwerden bei Retroversio-flexio dem Descensus der Anhänge, insbesondere der Ovarien, ihre Entstehung verdanken. Die vaginalen Operationsmethoden hält er für durchaus ungeeignet, um die eine wie den anderen zu beseitigen. Auch vor dem Bauchschnitte giebt er der Alexander'schen Operation den Vorzug selbst in solchen Fällen, in welchen Uterus und Adnexe durch Adhäsionen fixirt sind. Um die letzteren zu lösen, geht er mit einem, selten 2 Fingern durch den erweiterten, inneren Leistenring in die Bauchhöhle. Eine Gegenanzeige gegen diese Methode sieht er 1) in wahrscheinlich vorhandenem septischen Materiale, 2) hochgradiger Fettleibigkeit der Pat. oder abnorm fester Fixation des Uterus, 3) hochgradiger Verlängerung der Lig. sacro-rot. oder starkem Desc. uteri, 4) starker Retroflexio des durch Fibrome oder Metritis chron. sehr schweren Uterus.

In letzterem Falle, so wie bei Prolaps zieht G. die Ventrofixatio mit Kolporrhaphie dem Alexander vor.

Bezüglich der technischen Einzelheiten der Operation, welche nicht wesentlich von den in Deutschland befolgten Methoden abweichen, sei nur erwähnt, dass G. empfiehlt, jedes Mal das Peritoneum zu eröffnen und den Fundus uteri dicht an die Bauchwand zu bringen. Wenn eine Okularinspektion der Ovarien oder Tuben wünschenswerth ist, so bringt er dieselben durch den Leistenkanal mittels des Fingers und einer Zange vor die Wunde, salpingostomirt, resecirt das Ovarium, verkürzt das verlängerte Lig. infundibulo-pelv.

Die Wunde wird in 4 Etagen mit fortlaufender Katgutnaht geschlossen: wobei das Lig. rot. auf den Muskel aufgenäht wird. **Graefe** (Halle a/S.).

28) **C. P. Noble** (Philadelphia). Alexander's Operation.

(Amer. gynecol. and obstetr. journ. 1899. Mai.)

N. hat die Alexander'sche Operation in 62 Fällen gemacht. Nur das erste Mal fand er die Lig. rotunda nicht; später ist ihm dies immer geglückt. In 2 Fällen rissen die Ligamente nahe am Uterus ab, so dass er die Hysterorhaphie anschließen musste. Sitzt die Rissstelle nicht ganz dicht am Uterus, so kann die Operation doch noch vollendet werden. Dieser Zwischenfall wird sich stets in einem gewissen Procentsatze von Fällen ereignen. Nur bei einer Pat. entwickelte sich eine Phlebitis in der linken V. cruralis; hier war die Alexander'sche Operation mit Curettage und Perineorrhaphie kombinirt worden. In einigen Fällen klagten die Operirten über erhebliche Beschwerden in der Inguinalgegend. N. macht hierfür die versenkten Silkwormgutnähte verantwortlich, welche er seitdem durch Chromkatgut ersetzt hat. Nur ein einziges Mal sah er Eiterung in der Haut- und subkutanen Wunde. Diese war von einem Assistenten geschlossen. Bei 2 Pat. trat ein Recidiv ein, bei der einen schon wenige Monate p. o. Hernienbildung wurde nie beobachtet.

N. vergleicht diese Resultate mit dem bei Suspensio uteri (Ventrofixatio) erreichten. Letztere Operation führte er in 127 Fällen aus. 3mal kam es zu Recidiven, 2mal noch während des Krankenhausaufenthaltes, wahrscheinlich in Folge von Überfüllung der Blase, was N. veranlasst hat, seitdem die ersten 2 Tage einen Dauerkatheter einzulegen. Bei einem Uterusprolaps erschien die Portio wieder in der Vulva, obwohl der Fundus adhärent geblieben war. 2 Hernien sind in Erfahrung gebracht worden (eine nach Eiterung der Bauchwunde). 2 Todesfälle traten ein, einer durch Pneumonie, einer nach Hitzschlag.

Wenn N. auch zugiebt, dass bei beiden Operationen die Mortalität annähernd gleich Null ist, so betont er doch, dass eine Infektion bei Alexander nur zu einer lokalen Eiterung führe, bei Suspensio uteri aber eine allgemeine Infektion zur Folge haben könne. Auch bezüglich eventueller Schwangerschaft und Geburt möchte er der ersteren Operation vor der zweiten den Vorzug geben, wenn er auch die schweren Geburtsstörungen nach Ventrofixatio auf eine falsche Technik zurückzuführen geneigt ist.

Für kontraindicirt hält N. die Alexander'sche Operation bei fixirter Retroflexio, so wie Adnexerkrankungen. **Graefe** (Halle a/S.).

29) **Wienfield** (Brooklyn). Neurotisches Ekzem bei Weibern in Folge von Genitalerkrankungen.

(Albany med. annals 1899. Mai.)

W. hat mehrfach bei Frauen, die an Genitalerkrankungen litten, Ekzeme auftreten sehen. Er glaubt, dass es sich um einen ursächlichen Zusammenhang beider Erkrankungen handele und dass das Ekzem in solchen Fällen sich auf neurotischer Basis entwickele. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

30) **H. Schreiber.** Über einen Fall von Maceration der Haut bei einem lebendgeborenen Kinde und deren forensische Bedeutung.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1898.

Außer dem Pemphigus syphiliticus und dem P. contagiosus giebt es noch eine Form, die auf rein mechanische Weise entstehen kann (Dohrn, Fehling). Das Platzen der Pemphigusbläschen bewirkt eine Abhebung der Epidermis, zuweilen in solcher Ausdehnung, dass eine wirkliche Maceration vorgetäuscht wird. Die Abschälung der Oberhaut bei einem Neugeborenen für sich allein ist kein hinlänglicher Beweis dafür, dass das Kind im Mutterleibe abgestorben war.

Engelmann jun. (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. Sonnabend, den 23. Juni. 1900.

I. Temperaturmessungen bei der Atmokausis.

Von

Ludwig Pincus in Danzig.

Von hochgeschätzter Seite angeregt, hält Verf. es für seine Pflicht, im Folgenden den Modus procedendi bei seinen Temperaturmessungen und deren Ergebnisse zu veröffentlichen. Es war unthunlich, diese und andere Fragen bei Gelegenheit der »Sammelforschung« eingehend zu behandeln, weil ohnehin wegen der Fülle positiven Materiales die freundliche Nachsicht des Herausgebers, meines hochverehrten Lehrers v. Winckel, über Gebühr in Anspruch genommen werden musste.

Schon wiederholt wurde in den Arbeiten des Verf.s darauf hingewiesen, dass es nicht möglich sei, bei den Temperaturmessungen am mittelgroßen Uterus die Natur einwandsfrei nachzuahmen, weil das Thermometer viel zu wenig mit dem Dampfe in Berührung komme. Führt man nämlich, wie es von uns vor $3^1/_2$ Jahren ange-

ordnet wurde, in den Uterus einen Atmokauter ein, während man von oben durch eine Öffnung im Fundus ein Thermometer einzwängt, so erhält man vollkommen werthlose Zahlen. Denn, wenn die gleichzeitig gemessene Temperatur des Dampfes an der Mündungsstelle des Ableitungsrohres (also nach Durchströmung der gesammten Leitung + Gebärmutter) eine Höhe zeigt (ca. 98°), welche um fast 30° die in der Gebärmutterhöhle gemessene Temperatur (ca. 70°) übersteigt, so ergiebt sich ohne Weiteres, dass eine grobe Fehlerquelle vorhanden sein muss! Desshalb wurden unsere Untersuchungen damals eingestellt, und es wurde nur zu ergründen versucht, wie hoch der Wärmeverlust beim Durchströmen der Röhren sich stellt. Darüber wurde bereits berichtet.

Dass bei den erwähnten Versuchen eine grobe Fehlerquelle vorhanden sein muss, erkennt man auch mit leichter Mühe, wenn man bei einer Atmokausis in viva die Temperatur des aus dem Uterus zurückströmenden Dampfes unmittelbar unterhalb der Mündung des Ableitungsrohres, natürlich im Lumen des Verlängerungsschlauches, bestimmt.

Zweckmäßig nimmt man dazu, wie auch bei unseren Versuchen am todten Materiale, ein genau regulirtes, empfindliches Maximumthermometer, wie es an Sterilisationsapparaten Verwendung findet. Man sorge nur dafür, dass der Verlängerungsschlauch gerade geräumig genug ist — beiläufig 7—8 mm lichte Weite —, dass der Dampf am Quecksilberbehälter vorbeiströmen kann. Man steckt durch einen kleinen, seitlichen, schräg von oben nach unten oder auch senkrecht zur Längsachse des Gummirohres, unmittelbar unterhalb des metallenen Ableitungsrohres, geführten Einschnitt das Thermometer aufrecht in den Verlängerungsschlauch hinein und liest nach Beendigung der Operation oder des Versuches bequem ab.

Dieses zweite Thermometer ist zur Kontrolle nothwendig. Wir haben es stets gebraucht.

Nimmt man an Stelle des Uterus ein entsprechend langes Stück (10—12—15 cm) vom Cornu dextrum oder sin. des Uterus bicornis der Kuh, so erhält man Ergebnisse, welche für die Praxis wenigstens annähernd einwandsfrei sind. Man muss nur dafür sorgen, dass das Thermometer möglichst ausgiebig vom Dampfe umströmt wird.

Es sei gestattet, aus unseren Aufzeichnungen als Stichproben folgende anzuführen (s. Tabelle):

Aus der Zusammenstellung ergiebt sich, dass schon nach wenigen Sekunden eine Temperatur von 95 bis 98° erreicht wird; bei 106° nach 7 Sekunden 98° (Versuch 2) in utero, bei 115° nach 5 Sekunden 98° (Versuch 7). Der Wärmeverlust vom Uterus bis zur Mündung des Ableitungsrohres beträgt ca. 1 bis 2°, bei Versuch 2 und 9 etwas weniger; bei 2 wahrscheinlich wegen der Wattepackung, bei 9, weil hier ein großer Metallansatz genommen wurde, welcher den Dampf etwas leichter und in größerer Fülle zurück-

strömen ließ. Von einer wesentlichen Abkühlung des Dampfes in utero selbst kann gleichfalls keine Rede sein.

No.	Anordnung des Versuches	Temperatur im Kessel	Zeitdauer	Temperatur im Uterus	Temperatur nach Durchströmung der Leitung und des Uterus	Bemerkungen
1	Celluvertansatz, Revolverbrenner	105—107,5°	10 Sek. 15 »	97° 98,1°	96° 97°	bei 10 Sek. 106° bei 15 Sek. 107,5°
2	Celluvertansatz, Revolverbrenner, Uterus mit Watte umwickelt	105° 106° 108° 110°	5 » 7 » 10 » 20 »	95° 98° 98,1° 98,5°	 97° 98°	Die Temperatur stieg während d. Versuches v. 105 bis 110°
3	Celluvertansatz, Revolverbrenner, Cervix uteri in Watte	106—108°	15 »	70°	94,5°	Vgl. die Bemerkungen im Texte
4	Kleiner Metallansatz, sonst wie 3	114—114,5°	15 »	72°	98,2°	Siehe No. 3
5	Cornu dextrum im Bade von 40°, sonst wie 1	114—115°	15 »	100,2°	98°	Die Höhe (100,2°) erklärt sich wahrscheinlich d. ein unbeachtetes Hindernis im Schlauche (?)
6	Wie 1	110°	4 » 10 » 15 »	95,2° 97° 98,25°	96,5°	Durch geringere Wassermenge wurde die Temperatur konstant erhalten
7	Wie 1	115°	5 » 10 bis 20 Sek.	98° 99,2°	10 Sek.: 96° 20 Sek.: 97,5°	
8	Celluvertansatz, Doppelbrenner	105°	1 Min. 2 »	98,25° 99°	Maxim. 98°	Temp. wurde auf 105° erhalten
9	Größter Metallansatz, Revolverbrenner	110°	1 » 2 »	99° 99,2°	98,75°	Cf. ad 6
10	Wie 9	115—114°	2 »	99,5°	98,8°	Cf. ad 3
11	Zestokauter frei in der Luft, Revolverbrenner	105° 110° 115°	10 Sek. 10 » 15 »	—	97° 98° 98,5°	3 Versuche

Bei Versuch 5 erreichten wir in 15 Sekunden 100,2°, die höchste Temperatur, welche uns festzustellen gelang. Jedenfalls handelt es sich, auch innerhalb der praktisch hauptsächlich in Frage kommenden Zeitabschnitte von Bruchtheilen einer Minute, um Temperaturen in utero, welche sich um 100° (ca. 98—99°) bewegen.

Bemerkenswerth bei unseren Versuchen sind 2 Beobachtungen, welche jedoch theoretisch verständlich sind. Einmal fällt sofort auf, dass ein Temperaturmaximum in der Hauptsache schon nach wenigen Sekunden, jedenfalls nach Bruchtheilen einer Minute erreicht wird, und dass alsdann die Temperatur ganz un-

merklich und sehr langsam ansteigt, jedoch ein gewisses Maximum, im günstigen Falle 100,2°, nicht überschreitet. Weiter fällt auf, dass wir experimentell bei 105° annähernd dasselbe Ergebnis feststellen können, wie bei Temperaturen um 110 und 115°. Das war dem Verf. bei den ersten, systematischen Versuchen vor $3^1/_2$ Jahren entgangen, weil nur mit Temperaturen um 105° experimentirt wurde. Die Sache ist theoretisch verständlich: Das Thermometer zeigt die hohen Grade, so lange der Dampf unter höherem Drucke steht. Durch das empirisch sorgfältig festgestellte Verhältnis zwischen Heizkraft und Wasser- resp. Dampfmenge wurde erreicht, dass der Druck im Kessel — auch bei strömendem Dampfe — annähernd konstant bleibt! Sobald jedoch der Dampf den Kessel verlassen hat, zeigt er die Temperatur des unter ca. 1 Atmosphärendruck siedenden Wassers. Wir können dies experimentell, auch in viva, beweisen. Der Einfachheit wegen nehmen wir, trotz der geringen Fehlerquelle in der Anordnung, Versuch 11, weil dieser Versuch überall ohne jede Vorbereitung jederzeit angestellt werden kann. Wir stellen auf die bereits beschriebene Weise zunächst fest, dass die Temperatur des eingeschalteten Thermometers bei einer Kesseltemperatur von 105° schon nach wenigen Sekunden — bei einer Entfernung von 1,23 m vom Kessel!! — 98° erreicht. Treiben wir nun die Temperatur im Kessel bis auf 115°, also auf die für die Zestokausis vom Verf. empfohlene und allgemein als zweckmäßig anerkannte Höhe, so bleibt die Temperatur des Thermometers am Ableitungsrohre bei strömendem Dampfe auf 98—99° stehen.

Sperrt man jetzt unterhalb des Thermometers mit einer Klemme den Schlauch zu, so schießt, wie schon in früheren Abhandlungen erwähnt, die Temperatur im Moment bis auf 111—112° empor. (Es bedarf wohl kaum des Hinweises, dass man vor dem Abklemmen — also auch bei der Anwendung in viva — den Gummischlauch am Metallrohre mit Kupferdraht fest gesichert haben muss!) Die Temperatur bleibt also 1,23 m vom Kessel entfernt nur um 3—4° hinter der Temperatur im Kessel zurück, trotzdem durch den Einschnitt im Gummirohre immer noch etwas Dampf entweicht. Schließt man diese Fehlerquelle durch centrale Einfügung des Thermometers aus, so wird der Unterschied noch geringfügiger.

Dies theoretische Ergebnis ist für die Praxis wichtig. Zunächst können wir folgern, dass in der Leitung selbst eine Abkühlung um nur wenige Grade stattfindet. Auch das wurde von uns durch Einschalten von Thermometern experimentell bewiesen. Dann leiten wir für die Praxis eine Nutzanwendung ab, welche vom Verf. schon vor mehreren Jahren empfohlen wurde: Zwecks Herbeiführung einer Obliteration den Dampfstrom unterhalb des Ableitungsrohres vorübergehend abzusperren. Sofort schießt die Temperatur in utero fast auf dieselbe Höhe empor, wie sie das Thermometer am Kessel anzeigt. Das muss man in kurzen Pausen

mehrmals wiederholen, damit die Temperatur des stagnirenden Dampfes nicht beeinflusst wird. Der Dampf gelangt in Folge des hohen Druckes bis in die entlegensten Buchten und Falten des Uteruscavum. Namentlich auch bei Myom mit buchtigem Cavum empfiehlt sich dies Vorgehen. Selbstverständlich muss dabei die Dilatation dem »Cervixschutze« genau entsprechen oder eventuell die Kontraktilität des Uterus erhalten geblieben sein, damit der Dampf nicht neben dem Celluvertmantel nach außen drängt!

Dies Ergebnis verdanken wir zweifellos hauptsächlich dem hohen Drucke, mit welchem der Dampf durch die Leitung und den Uterus hindurchgetrieben wird. Dieser hohe Druck, welcher also seinen Ausdruck in der hohen Kesseltemperatur von 110—115° findet (100° C. = 1 Atmosphäre, 111,7° = 1,5 Atmosphäre, 120,6° = 2 Atmosphären, 127,8° = 2,5 Atmosphären), ist ein für die Praxis und die Technik der Atmokausis sehr werthvoller Faktor, wie Verf. auch klinisch an einem reichen Materiale bewiesen hat. Wir erreichen vor Allem dadurch, dass wir mit kürzeren Zeitabschnitten auskommen und somit um so leichter die Narkose umgehen können. Das ist bei ausgebluteten Frauen, deren Herzmuskel oft nicht intakt ist, von eminent praktischer Wichtigkeit.

Dass die fehlerhaften Ergebnisse bei unseren Temperaturmessungen am Uterus ausschließlich zurückzuführen sind auf die mangelhafte Anordnung der Versuche, bei welchen der ausreichend freie Zutritt des Dampfes zum Thermometer nicht berücksichtigt wurde, ist zweifellos. Man kann es auch experimentell beweisen, indem man den engeren Cervixtheil des Uterus der Kuh zu den Versuchen verwerthet (Versuch 3 und 4).

Ähnlich dem vorstehend geschilderten Verfahren wird man vorgehen können und müssen, um die etwaige baktericide Wirkung der Atmokausis zu bestimmen. Verzichtet man auf die Einführung des Thermometers in den Uterus und beschränkt man sich auf die Feststellung der Temperatur an der Mündung des Ableitungsrohres, so kann man die bakteriologischen Untersuchungen auch in viva vor Totalexstirpationen machen. Bei den nur vorn offenen Celluvertansätzen müsste man die seitlichen Öffnungen des Zuleitungsrohres durch einen dünnen Gummischlauch verlegen, damit der Dampf mit größerer Wucht nur vorn ausströmt. Dann braucht man nur weniger tief einzuführen und trifft beim Versuche doch die ganze Höhle bis herab zur Cervix.

Diese Untersuchungen bleiben besser klinischen Instituten vorbehalten, schon weil dort ausreichendes und tadelloses Material jederzeit ohne Beschwer erreichbar ist. Es sei heute nur die Anregung dazu gegeben!

Ein eventuell negativer Ausfall der Untersuchungen ist für die Praxis übrigens nicht entscheidend. Denn Verf. hat an dem Materiale hochgeschätzter Mitarbeiter (Sammelforschung, Sammlung klin. Vorträge N. F. 1899 No. 261/262) und an eigenen Beobachtungen

feststellen können, dass die Atmokausis ein werthvolles Mittel im Kampfe gegen inficirten Uterusinhalt darstellt: der stets folgende, starke Fluor führt eine mechanische Eliminirung herbei, und der sich unter dem Brandschorfe bildende Granulationswall erschwert oder verhindert vollständig das weitere Eindringen der Krankheitskeime in den Organismus.

II. Eine neue Methode, Vesicovaginalfisteln zuzunähen.

Von

Dr. S. Spassokoukozky,

Assistenzarzt der chir. Abtheilung an dem Krankenhause zu Smolensk (Russland).

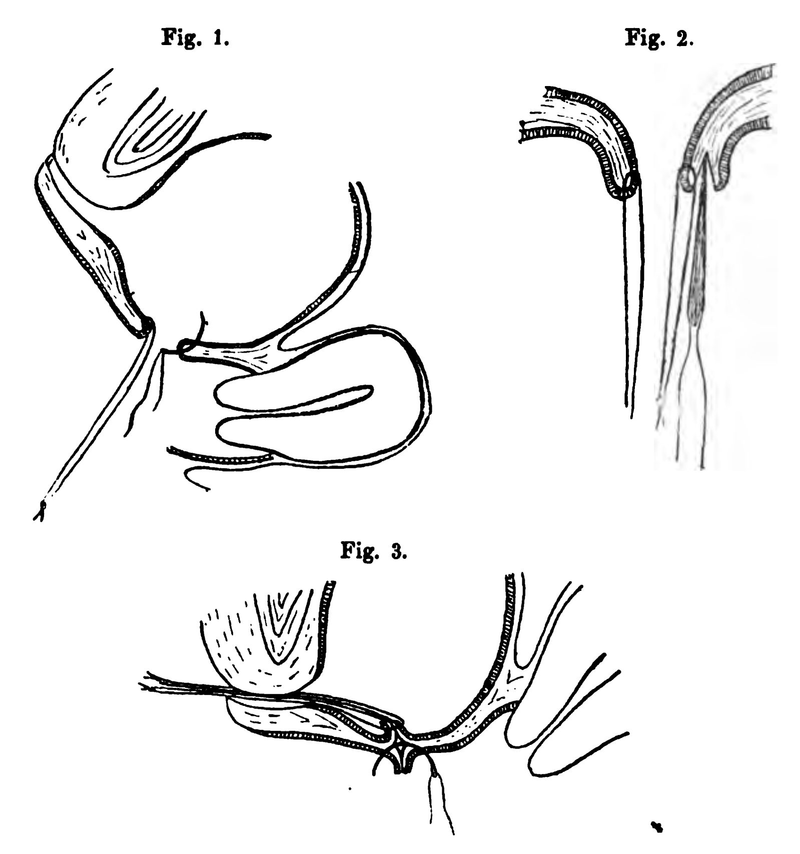
Die Operation der Vesicovaginalfisteln kann in Wahrheit zu einer der unangenehmsten und undankbarsten Operation wegen ihres öfteren Misslingens gezählt werden. Um eine Fistel zu heilen, muss man 1) ihren Rand gut auffrischen und 2) dieselbe fest zunähen. Die Ursache des Misslingens liegt in der beinahe unmöglichen Erfüllung der ersten Bedingung. Unter den vielen Methoden der Auffrischung ist die vorzüglichste diejenige der Spaltung des Randes in 2 Blätter auf seiner Oberfläche; das Gewebe leidet dabei keinen Verlust, und die verwundete Berührungsoberfläche vergrößert sich bedeutend. Aber dieses ist am schwersten zu vollbringen. Es giebt sogar ganze Sammlungen von speciellen Fistelmessern und Zangen zur Fixirung des Randes, aber nichtsdestoweniger bleiben die Manipulationen ziemlich schwierig, die Fistel bleibt oft nicht auf dem ganzen Umkreise aufgefrischt und die Zangen zerreißen und zerquetschen das Gewebe.

In einem mir vorgekommenen Falle gelang es, einen Handgriff anzuwenden, welcher mir die Fistel mit einem gewöhnlichen Skalpel so leicht zu spalten gestattete, als ob ich mit ihm in eine Hautoberfläche schnitt.

16. April 1898 trat in meine Abtheilung ein Mädchen, Maria R., 9 Jahre alt, mit einem Steine und Blasenperforation ein. Die Operation erfolgte am 18. April. Hymen und Perineum sind in der Richtung der Rhaphe geschnitten und der Stein (18,0) ist durch die Fistel zerbröckelt. Die Fistel war für einem Finger zugängig und fasste den Anfang der Urethra etwas mit.

1) Wegen Enge der Urethra und 2) weil ich das zarte Gewebe mit der Zange nicht zerreißen wollte, entschloss ich mich, die Ränder der Fistel mit Fäden zu fassen. Desswegen bemühte ich mich, die Nadel auf der Linie des Überganges der beiden Mucosa einzustechen, das Zwischengewebe ein wenig mitzufassen, dann die Nadel aus der Blasenschleimhautoberfläche, etwas weiter vom Rande entfernt herauszuziehen. Doch geschah dies mit gewisser Schwierigkeit, und erst die folgenden Fäden ließen sich leichter durchziehen, indem ich den ersteren spannte (Fig. 1). Alles in Allem legte ich 6 Fäden an: 3 auf der oberen und 3 auf der unteren Hälfte des Umkreises (Fig. 1). Als ich dann alle 6 Schlingen, d. h. damit den ganzen Umkreis zu mir zog, der jetzt sehr leicht nachgab, wurde der flache Operationsboden ähnlich einer Röhre (einem Trichter), deren äußere Oberfläche Vaginal- und innere Vesicalschleimhaut darstellte und aus der letzteren alle 6 Schlingen hervorgingen. Um den Rand der Fistel zu spalten, blieb mir nur übrig, einen gewöhnlichen Skalpel in den Rand der Röhre vertikal einzustechen und ihn mit sägenden Bewegungen rings herumzuführen. Weil der Skalpel die beiden mukösen

Oberflächen parallel schnitt, konnte er sie keineswegs durchschneiden (Fig. 2). Da der Schnitt immer nach außen von den Ligaturen geht, so bleiben sie alle auf der vesikalen Hälfte des gespaltenen Randes, was seine Einstülpung in die Blase sehr erleichterte. Ich habe in die Urethra eine gewöhnliche Sonde eingeführt, dann sie weiter durch die Blase und Fistel in vaginam durchgeführt. Alle Ligaturen wurden in das Öhrchen der Sonde eingeknüpft, und die Sonde wurde herausgeführt, dabei zog sie natürlich sämmtliche Ligaturen durch Fistel, Blase und Urethra mit; die Ligaturen aber haben die vesikale Hälfte des gespaltenen Randes nachgezogen und in die Blase eingestülpt. Noch mehr, weil alle Ligaturen sich in einem Punkte


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

(in der Urethra) vereinigten, so zog sich die Fistel dadurch zusammen, und unter starkem Ziehen verschwand sie vollständig, indem haben sich die Ränder der vaginalen verwundeten Hälfte angenähert und sich endlich in die quere Falte in der Form eines vertikalen Kammes zusammengelegt. Es war dann sehr leicht, eine Reihe von Nähten auf diesen Kamm möglichst tief anzulegen (Fig. 3). Dann werden alle Schlingen zerschnitten und die Ligaturen aus der Urethra herausgezogen. Man kann also die ganze Operation in 4 Momente eintheilen:

1) Anlegung der Ligaturen auf die Blasenhälfte des Fistelrandes (der schwierigste Theil).

2) Ringförmige Spaltung der eine Röhre durch die Spannung darstellende Fistel mit einem gewöhnlichen Skalpel.

3) Die Einziehung der Ligaturen in die Urethra mittels einer Sonde.

4) Einstöckige Naht des vaginalen Theiles des Fistelrandes.

Am 17. Tage verließ das Mädchen das Krankenhaus ganz gesund.

Der günstige Erfolg veranlasste mich, diesen erprobten Handgriff bei einer zweiten, kleineren Fistel methodisch zu gebrauchen, nachdem ich, um Geräumigkeit zu gewinnen, die Fistel mit 2 Schnitten vergrößert hatte. Die Operation war auch ziemlich leicht, und die Kranke verließ am 11. Tage ganz gesund das Spital.

In den beiden Fällen schien mir die Naht so stark zu sein, dass ich keinen Katheter à demeure brauchte.

Mit eben solchem Erfolge prüfte der Oberarzt des Krankenhauses, Dr. Alexandrow, diese Methode nach mir in 3 Fällen, und immer war er damit sehr zufrieden. Als Gegner der einstöckigen Naht legte er noch die versenkten Nähte auf die Blase, was seiner Versicherung nach ohne jede Schwierigkeit beim Ziehen an einzelnen Ligaturen gelang. Alle 3 Fälle genasen.

Die Größe der Fisteln war:

1) 2 : 3 cm, 2) 3 : 5 cm, 3) 1 cm.

III. Extraktion eines lebenden Kindes 19 Minuten nach dem Tode der Mutter.

Von

Dr. Kirch in Krefeld.

In No. 4 und No. 10 des Centralbl. f. Gynäkologie 1900 theilen Fleischmann und Neumann Fälle mit von der Entwicklung einer lebenden Frucht aus einer Todten. Da diese Fälle außerordentlich selten zu sein scheinen — der Neumann'sche ist nach Angabe des Autors der vierte der bis jetzt bekannt gewordenen —, so gestatte ich mir, dieser Zahl einen fünften aus meiner eigenen Praxis anzureihen.

Am 30. September 1899, Abends gegen 12 Uhr, wurde ich zu Frau X. eiligst hingerufen mit der Angabe des Boten, die Frau, die vor ca. $^3/_4$ Stunde ein Kind geboren habe, sei plötzlich wie leblos hingesunken, und dabei sei ihr dicker weißer Schaum zum Munde herausgekommen. Frau X. war eine mir seit Jahren bekannte kleine, untersetzte Frau im Anfange der 40er Jahre, die häufig an Gelenkrheumatismus litt und mit einer Mitralinsufficienz behaftet war. Am Ende der letzten Schwangerschaft, der siebenten, zeigten sich erhebliche Kompensationsstörungen in Form von Ödemen, stark koncentrirtem und vermindertem Urin, Athemnoth bei jeder kleinen Bewegung, Irregularität des Pulses etc. Ich machte mich schleunigst auf den Weg und fand bei meiner Ankunft im Geburtszimmer die Angaben des Boten bestätigt: In einer Ecke des Zimmers saß eine alte Frau mit einem schwach entwickelten, lebenden, neugeborenen Kinde auf dem Schoße; auf dem Bette lag regungslos Frau X. mit blassbläulichem, stark gedunsenem Gesichte, weit aufgerissenen Augen und maximal erweiterten Pupillen. Beide Corneae ohne die geringste Empfindlichkeit bei Berührung. Aus dem halbgeöffneten Munde der Frau war dicker weißer Schaum hervorgequollen, der in breitem Strome über das Kopfkissen geflossen war und bei starkem Drucke auf die Brust aus Mund und Nase nachquoll. Von Athmung und Herzthätigkeit keine Spur. Aus der Vulva ragte der Fuß eines zweiten Kindes hervor, welches ich dann schleunigst ohne weitere Hindernisse extrahirte. Das zweite Kind zeigte noch Spuren schwachen Lebens, und es gelang mir, dasselbe nach einiger Zeit wieder vollständig ins Leben

zurückzurufen, dem es allerdings nur einige Stunden erhalten blieb, da es noch in derselben Nacht zu Grunde ging. Die oben beschriebene Situation war für alle Betheiligten, denen der Ernst der Lage vollständig klar war, eine erschütternde, und die Tragik des Augenblickes, wo ich aus dem Leibe der todten Mutter das zweite lebende Kind extrahirte, wird mir unvergesslich bleiben. Nach Angabe des Ehemannes hatte die Verstorbene, die noch 3 Wochen bis zu ihrer Niederkunft zählte, bis 11 Uhr Abends im Laden gearbeitet. Kurz nach 11 Uhr sei plötzlich unter starken Wehen das Wasser abgeflossen, und man habe nicht einmal so viel Zeit gehabt, die Frau ins Bett zu bringen, so dass dieselbe stehend auf ein schnell untergehaltenes Kissen ein Kind gebar. Danach sei eine kurze Ruhepause eingetreten, während welcher die Frau nur über Athembeschwerden klagte, bis mit einem Male in fast blitzartiger Weise die oben beschriebene Katastrophe hereinbrach. Dass der Tod der Entbundenen schon geraume Weile vor meinem Erscheinen an akutem Lungenödem erfolgt war, darüber konnte gar kein Zweifel bestehen. Der Weg von meinem Hause bis zur Wohnung der Frau X. beträgt, wie ich nachträglich gemessen habe, bei sehr schnellem Gehen 8 Minuten. Rechnet man dazu die 8 Minuten, die der Bote zur Zurücklegung desselben Weges brauchte und dazu 3 weitere Minuten, deren ich zum Ankleiden nach dem Aufstehen aus dem Bette bedurfte, so ergiebt sich eine Zeit von 19 Minuten, die seit dem Tode der Frau und der Extraktion des zweiten lebenden Kindes verflossen war. Der Tod der Mutter war sicher in dem Momente oder vielleicht nur wenige Sekunden nach dem Hervortreten des weißen Schaumes aus Mund und Nase erfolgt; denn es lässt sich wohl kaum ein Weiterleben mit der reichlichen Überschwemmung der Bronchialverzweigungen und der Luftröhre mit schaumigem Bluttranssudate in Einklang bringen. Vielleicht hätte auch der zweite nach dem Tode der Mutter geborene Zwilling dauernd am Leben erhalten werden können, wenn nicht zu der schweren Asphyxie, während welcher über $^1/_4$ Stunde lang jegliche Sauerstoffzufuhr zu dem fötalen Blute sistirte, noch als weiteres Moment die mangelhafte und zeitlich unvollendete intra-uterine Entwicklung hinzugekommen wäre.

IV. Fufswanderung mit rupturirtem schwangerem Uterus.

Mitgetheilt von

Dr. Friedrich Schwarz,
Primararzt in Fünfkirchen.

Ein Mädchen, das vor 2 Jahren im hiesigen Krankenhause normal geboren und ein gutes Puerperium hatte, stellt sich Mitte Februar 1900 abermals zur Entbindung im Spitale ein; ihrer Angabe gemäß sei sie bereits am Ende der Schwangerschaft und das Fruchtwasser wäre vor 2 Tagen abgeflossen; sie könne aber das Kind nicht zur Welt bringen, da Arzt und Hebamme behaupten, es liege quer und der Arm wäre vorgefallen, desshalb müsse sie schleunigst ins Spital. Am Morgen desselben Tages wäre sie zur Bahnstation $^1/_2$ Stunde lang mittels Wagen, dann hierher 1 Stunde und vom Bahnhofe bis ins Spital $^1/_2$ Stunde mühselig zu Fuß gekommen. Der Inspektion habende Arzt konstatirt Querlage mit Vorfall des Armes, Kopf links, die Frucht abgestorben und in vorgeschrittener Fäulnis. Pat. ist sehr anämisch, hat 39° C. Temperatur und berichtet, dass sie vor 4 Tagen auf der Straße gefallen wäre, wobei sie sich den Bauch empfindlich anschlug und ein Heruntersenken des Kindes gefühlt haben will, worauf die Kindsbewegungen aufhörten; 2 Tage danach sei übelriechendes Fruchtwasser abgeflossen. Die Hebamme fand den Arm vorgefallen, wollte auch helfen, doch konnte sie nichts ausrichten; der Arzt wollte das Kind wenden, konnte es aber nicht, trotz aller Bemühungen, wobei Pat. bedeutende Schmerzen erdulden musste. Behufs Vornahme der Embryotomie fanden sich die Kollegen im Spitale ein. Bei genauerer Untersuchung fand ich die Schulter vom unteren Uterinsegment fest umschnürt,

so dass mein Finger in den Uterus nicht eindringen konnte; im Scheidengewölbe links jedoch kam ich an eine Rissstelle, die sich nach aufwärts gegen den Uterus auf ca. 10 cm verfolgen ließ, wobei man in den parametranen Raum gelangte, der mit faulendem, flüssigem und coagulirtem Blute erfüllt war; der Riss stellt ein Dreieck dar, dessen Basis in der Insertionsebene der Scheide am Uterus gelegen, ca. 6 cm, hingegen die beiden Schenkel 10 cm, im Uterusgewebe liegend, betragen mochten. In Erwägung gezogen die Uterusruptur, den Austritt von Blut ins Parametrium, die faulige Zersetzung desselben, die Infiltration des parametranen Gewebes, ferner die septische Endometritis und consecutiv die allgemeine Sepsis, mussten wir von der Entfernung der Frucht aus dem Uterus, wobei die Ruptur noch bedeutend vergrößert werden konnte, absehen, und entschlossen wir uns zur totalen Entfernung des Uterus mittels Köliotomie. Nach Eröffnung des Bauchraumes floss aus demselben fauliges Blut, untermischt mit Coagulis, der Fundus uteri, eben so der Körper waren bloß mäßig, hingegen der untere Abschnitt um so stärker um die faulige Frucht kontrahirt. Die Ligamenta lata wurden beiderseits mit Seidenligaturen fest umschnürt und der Uterus von der Insertion mit der Scheide abgelöst und sammt den Anhängen entfernt, worauf die entstandene Scheidenöffnung mittels in Nähte gefassten Peritonealfalten abgeschlossen, hernach der ganze Peritonealraum bis zum Zwerchfell mit Sublimat 1 : 1000 ausgescheuert und schließlich die Bauchwunde mittels Seidennähten geschlossen. Während der 20 Minuten dauernden Operation blieb Pat. in sehr guter Verfassung. Der ausgelöste Uterus zeigte am unteren Segmente den oben beschriebenen Riss linkerseits. Das Cavum enthielt außer der faultodten Frucht Jauche, und eben so zeigte das Endometrium gelbgrünen Verjauchungszerfall. Das infiltrirte Parametrium war mit dem Uterus entfernt worden und hiermit alle Maßnahmen getroffen, um dem Fortschreiten der Sepsis vorzubeugen. Pat. verbrachte die nächste Nacht ziemlich gut, Temperatur war auf 37,8° C. herabgesunken und stieg im Verlaufe des nächsten Tages auch nicht höher; der Bauch fühlte sich weich an, das Allgemeinbefinden war kein schlechtes, nur machte sich gegen Abend Unruhe bemerkbar, und aus der Scheide floss blutiges übelriechendes Serum. Pat. nimmt Milch, kalten Thee; die zweite Nacht stieg die Unruhe, der Athem wurde fliegend, 60 die Minute, Puls 120, Temperatur 39° C., alles Anzeichen der fortschreitenden Sepsis, wesshalb wir 20 ccm Marmorek'sches Antistreptokokkenserum injicirten. Am darauffolgenden Morgen machte sich Meteorismus, Darmlähmung bemerkbar. Pat. klagt über unerträglichen Stuhldrang und im Falle der nicht behoben würde, müsste sie sich umbringen. Hohe Irrigationen bringen keine Erleichterung, trotzdem Stuhl und Gase abgehen. Am dritten Tage nach der Operation bekam Pat. noch weitere 20 ccm Serum injicirt, die Temperatur wird hierdurch auf 37° C. herabgedrückt, doch lässt sich die septische Peritonitis nicht aufhalten, und letales Ende tritt am selben Tage ein. Die Obduktion zeigt bei Eröffnung des Bauchraumes jauchigen Inhalt, die Peritonitis erstreckt sich sowohl auf den visceralen als auch auf den parietalen Überzug bis hinauf zum Zwerchfell. Sonst ließ sich an der Leiche nichts Abnormes konstatiren.

Die Beckenmaße der Pat. sind normal: Sp. 26,0, Cr. 28,0, Tr. 31,0, Baud. 19,5, C. d. 12,5, C. v. 11,0. Die Ruptur des Uterus wurde beim Versuche der Wendung auf die Füße gesetzt, die Sepsis erfolgte durch Infektion von der faultodten Frucht aus.

---

1) **Rousseau.** Über Peritonitis blennorrhoica bei kleinen Mädchen.

(Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1899. No. 53.)

Die Vulvo-vaginitis der kleinen Mädchen kann, wenn auch selten, durch Fortwandern des Gonococcus auf Uterus und Tube eine Peritonitis erzeugen. Klinisch kann diese Peritonitis unter drei Formen

auftreten, als akute, lokalisirte und chronische Peritonitis. Die Symptome der beiden ersten Formen sind heftige Schmerzen, Meteorismus, Erbrechen, hohes Fieber, kleiner frequenter Puls; in leichteren Fällen treten hauptsächlich die Reizerscheinungen des Peritoneums, weniger die Symptome der Peritonitis in den Vordergrund. Die chronische Form kann unter so geringen Symptomen auftreten, dass Pat. keine ausgesprochenen Beschwerden hat.

Bei allen kleinen Mädchen mit peritonitischen Erscheinungen, wo die Ätiologie der Peritonitis nicht klar ist, soll immer an Vulvovaginitis gedacht werden.

Bei allgemeiner Peritonitis muss die Prognose immer dubia gestellt werden; tritt auch Heilung ein, so bleiben fast immer entzündliche Veränderungen der Tuben zurück, welche später Sterilität bedingen. Die Therapie besteht wie bei jeder anderen Peritonitis in absoluter Ruhe, Eisumschlägen und Opium. Sobald der Puls frequent wird, räth Verf. zur Laparotomie, die frühzeitig gemacht, nach seiner Ansicht gute Resultate liefert. **Rech** (Trier).

---

2) **Glax** (Abbazia). Lehrbuch der Balneotherapie. II. Bd.

Stuttgart, **Ferdinand Enke**, 1900.

Der eben erschinene zweite Band des Lehrbuches umfasst die specielle Balneotherapie. Derselbe zerfällt in zwei Theile. Im ersten Theile werden sämmtliche Erkrankungen abgehandelt, bei welchen die Hydrotherapie, die Balneotherapie im engeren Sinne und die Klimatotherapie erfahrungsgemäß Heilerfolge aufzuweisen haben. Im zweiten Theile finden wir die Balneographie, der, wie der Verf. selbst sagt, keinen Anspruch auf absolute Vollständigkeit macht, da vielfach die Fragebogen nicht ausgefüllt wurden. Ein großer Vorzug des Buches ist, dass nicht nur die Balneotherapie im engeren Sinne und die Klimatotherapie abgehandelt werden, sondern dass auch der Hydrotherapie ein hervorragender Platz eingeräumt ist und dieselbe gewissermaßen als die Grundlage der gesammten Balneotherapie betrachtet wird, wesshalb auch die klinische Hydrotherapie der akuten Erkrankungen einen integrirenden Bestandtheil des Buches bildet. Das Werk kann den Herren Kollegen nur warm empfohlen werden.

Hohl (Bremerhaven).

---

3) **Pfannenstiel.** Über die Vortheile des suprasymphysären Fascienquerschnittes für die gynäkologischen Köliotomien, zugleich ein Beitrag zu der Indikationsstellung der Operationswege.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 268. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1900.)

Aus anatomischen Gründen wählt Verf. bei gewissen Köliotomien folgende Schnittführung, die sicher geeignet ist, späterer Hernienbildung vozubeugen. An der oberen Grenze des Haarwuchses wird ein leicht bogenförmiger 8—12 cm langer Querschnitt durch das

ganze Unterhautfettgewebe durchgeführt, die meist nicht bedeutende Blutung durch Klemmen gestillt und dann in gleicher Richtung 6—10 cm lang die Fascie durchschnitten. Jetzt wird die Aponeurosenplatte von ihrer Unterlage, den Mm. pyramidalis und recti abgetrennt, was nur in der Mittellinie mit dem Messer zu geschehen braucht; dann hält man die Fascie nach oben zurück, trennt stumpf die Mm. recti von einander und eröffnet das Peritoneum in der Mittellinie. Die Naht nach beendeter Operation erfolgt in 4 Schichten, zuerst fortlaufend das Bauchfell, alsdann die Recti und Pyramidales, nun durchgreifende Suturen durch Haut und Fascie unter vorsichtigem Mitfassen der Unterlage (Mm. recti), um Lappenbildung zu vermeiden, welche aber noch nicht geknotet werden. Endlich folgt eine fortlaufende Fasciennaht, und zum Schlusse werden die durchgreifenden Nähte geknotet. Bindenverband, der am 13. Tage zugleich mit den Nähten entfernt wird. Als Nahtmaterial dient zu den durchgreifenden Nähten Silkworm oder Aluminiumbronzedraht, in der Tiefe Cumolkatgut. Bis jetzt wurden so 51 Fälle ohne Todesfall behandelt, unter denen 2 leichtere und 4 schwerere Bauchdeckeneiterungen vorkamen, einmal wurde nach außen drainirt. Bei keiner der Operirten ließ sich (nach $1^1/_2$ Jahre) ein Bauchbruch oder auch nur eine dünne Stelle von Fascienlücke oder Vorwölbung im Bereiche des Schnittes feststellen.

Die Schnittführung eignet sich für entzündliche Adnexaffektionen, bei denen der Uterus an der Erkrankung nicht oder wenig Theil nimmt; ferner bei fixirten Retroflexionen, während bei beweglichen die Alexander-Adams'sche Operation oder die Dürhssen'sche Vaginofixur gemacht werden soll, für die letztere P. auch bei jugendlichen Frauen eintritt. Schließlich kommen noch die früheren Stadien der Extra-uterin-Schwangerschaft mit ihren Folgen in Frage, während die Neubildungen der Genitalien und Operationen, bei denen das ganze Becken zugänglich gemacht werden muss, sich nicht für diese Schnittführung eignen. Verf. ist der Meinung, dass seine Operationsmethode die Kolpoköliotomie in vielen Fällen ersetzen kann, nicht mehr Nachtheile bietet, wie diese, dafür aber bessere Übersicht schafft und so geeignet ist, konservativer zu verfahren.

Witthauer (Halle a/S.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

4) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 23. Januar 1900.

Vorsitzender: Lihotzky; Schriftführer: Regnier.

I. Ludwig stellt vor:

1) Einen Fall von vollständigem Verschluss der Corpushöhle in Folge Tuberkulose des Uterus.

25jährige Pat., angeblich nur 2mal — Juni und Juli 1898 — menstruirt, leidet seit 17 Monaten an gelbem, dickem Ausfluss, Kreuz- und Magenschmerzen. Bei

der Aufnahme am 14. December 1899 fand sich fixirte Retroflexion, chronische Perimetritis, rechtsseitiger, pflaumengroßer Adnextumor. Es wurde die operative Beseitigung der Retroflexion beschlossen, die Kolpocoeliotomia anterior ausgeführt und versucht, den Uterus mit Kugelzangen vorzuziehen. Hierbei zeigt sich, dass neben den Spitzen der eingesetzten Zange käsiger Eiter hervorquillt. Es wurde Tuberculosis uteri angenommen und die Totalexstirpation des Uterus und der rechten Adnexe ausgeführt. Das Corpus uteri ist in einen kompakten Tumor umgewandelt, auf keinem Durchschnitte lässt sich eine Andeutung einer Corpushöhle erkennen. Das Myometrium ist weißlich, wie speckig, und auf vielen Durchschnitten sieht man lentikuläre, grauröthliche, mit käsigem Eiter erfüllte Herde. Die rechte Tube nur 3 cm lang, atretisch, ihr Lumen mit käsigen Massen erfüllt. Im Ovarium dieser Seite keine käsigen Massen. Die Cervix 4,7 cm lang, ihre Schleimhaut von normalem Aussehen. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt vollkommenes Fehlen der Corpusschleimhaut, spärliches Vorhandensein von Tuberkeln mit epitheloiden und Riesenzellen im Myometrium, die Cervix frei von Tuberkulose, eben so das exstirpirte rechte Ovarium.

2) Einen Fall von Lostrennung des Corpus uteri von der Portio vaginalis und Dehiscenz der Cervix, bewirkt durch Zug seitens einer hoch liegenden Eierstocksgeschwulst.

Bei einem 12jährigen Kinde fand sich bei der Laparotomie eine kopfgroße Dermoidcyste, welche mit ihrem unteren Pole nur bis zur Spina ant. sup. herabreichte und oben sich bis an den Leberrand erstreckte. Links im kleinen Becken befand sich ein Ovarium und eine dünne, sehr lange Tube, welche sich gegen den unteren Geschwulstpol hin verfolgen ließ, das Corpus uteri war nicht im kleinen Becken zu sehen, sondern lag dem Tumor an; zwischen dem Scheidengewölbe und dem Corpus eine dünne Ligamentplatte. Der Uterus zeigt einen gut gewölbten Fundus und zwei vollkommen normal aussehende Hörner, von denen die beiden Tuben abgehen. Die rechte Tube ist etwas kürzer als die linke. Das rechte Ovarium ist in eine kopfgroße Dermoidcyste umgewandelt, welche an ihrer Innenfläche Haare und Zähne trägt. Das Uteruscorpus ist dem Alter entsprechend entwickelt, seine Höhle endigt nach unten zu blind. Die zwischen dem unteren Corpusende und der Vagina gelegene Ligamentplatte ist durchscheinend, lässt makroskopisch weder ein größeres Gefäß, noch einen als Cervix zu deutenden Strang erkennen. Bei der Untersuchung per vaginam sehen Sie eine kleine Portio mit einem ca. 3 mm tiefen Orificium. In diesem Falle hat also eine vollkommene Trennung von Uterus und Portio mit Dehiscenz der Cervix stattgefunden dadurch, dass das Corpus von einer nach oben zu wachsenden Cyste aus dem kleinen Becken heraus und hoch hinauf gezerrt wurde.

3) Einen Fall von Gynatresia cervico-vaginalis.

Eine 22jährige Pat., Nullipara, die sich an keine überstandene Kinderkrankheit erinnern kann, hatte seit ihrem 14. Lebensjahre allmonatlich durch einige Tage heftige, kolikartige Bauchschmerzen. Sie hat nie einen Blutabgang aus dem Genitale bemerkt. Die Kohabitation war stets sehr schmerzhaft. Das kräftig entwickelte, normal behaarte äußere Genitale zeigt in der vorderen Umrandung des Introitus vaginae einen 2 mm hohen Hymenalrest, an der hinteren Kommissur nur eine Karunkel. Die Vagina stellt einen auf 7 cm einstülpbaren Blindsack dar, an dessen oberem Ende weder ein Muttermund, noch eine Portio, noch irgend eine Spur einer Narbe sichtbar ist. Die Columnae rugarum normal entwickelt. Bei der Untersuchung vom Rectum aus fühlt man einen nach seiner Größe, Konfiguration und Lage einem retroflektirten Uterus entsprechenden, bei passiven Bewegungen sehr schmerzhaften, hühnereigroßen Tumor. Tuben und Ovarien sind nicht sicher nachweisbar. Aus diesem Befunde war mit Sicherheit das Vorhandensein einer Hämatometra auszuschließen, es blieb aber unentschieden, ob Hämatosalpinges vorhanden seien und ob die Atresie die Vagina allein betraf, oder ob auch die Cervix verschlossen sei. Eingedenk der Schwierigkeiten, die uns bei Eröffnung von vaginalen Atresien mit Hämatometra von der Vagina aus schon einige Male begegnet waren, habe ich im Einverständnisse mit meinem Chef hier von vorn

herein auf den vaginalen Weg verzichtet und die Laparotomie ausgeführt. Es fand sich ein gut entwickelter Uteruskörper in Retroflexionsstellung, am Fundus mittels einiger schwacher Membranen adhärent. Zugleich erblickte man am Beckenboden einen Esslöffel voll schwarzbraunen dickflüssigen Blutes. Beide Tuben und Ovarien waren vollkommen frei, die ersteren ziemlich stark geschlängelt. Es wurde nun der Uterus aufgerichtet, durch einen vorderen Längsschnitt eröffnet und beide Tuben sondirt. Sie erwiesen sich als leicht durchgängig. Die Corpusschleimhaut stark injicirt, die Corpushöhle klein, die Wanddicke des Uterus 2 cm. Zwischen dem Corpus und dem Vaginalgewölbe fühlt man einen die Cervix substituirenden, kleinfingerdicken, bindegewebigen Strang von 3—4 cm Länge. Um eine Kommunikation der Corpushöhle mit der Vagina herzustellen, wurde ein Trokar durch diesen Strang in die Vagina hinabgestoßen, der Stachel des Trokars zurückgezogen und das Rohr liegen gelassen. Darauf Schluss der Uterus- und der Bauchwunde. Der Verlauf war bis jetzt ein vollkommen glatter. Das ätiologische Moment für die Entstehung der Scheiden-Cervixatresie muss hier, trotz negativer Anamnese, bei dem Umstande, dass es sich um ein normal gebildetes Corpus und normale Adnexe handelt, in einer lokalen, in früher Jugend durchgemachten Entzündung gesucht werden. Der Mangel jeglicher Narbenbildung in der Vagina kann nicht dagegen sprechen, wissen wir doch, dass selbst bei Erwachsenen im Anschlusse an Geburten Scheidenatresien entstehen können, die nicht eine Spur von Narbenbildung später erkennen lassen. Über die Zeit, wann dieser Process sich abspielte, lässt sich nur so viel sagen, dass es vor Eintritt der Pubertät gewesen sein muss, denn die Pat. hat nie durch die Vagina menstruirt. Dass sich aber seit Jahren das Menstrualblut in die Bauchhöhle ergoss, dafür sprechen verschiedene Momente: Der Mangel jeglicher Ausdehnung der Corpushöhle und der Tuben, der letzteren vollkommene Durchgängigkeit, die allmonatlich wiederkehrenden heftigen, kolikartigen Schmerzen, die kräftige Entwicklung von Uterus und Ovarien und endlich der Befund von schwärzlichem Blute im Cavum peritonei.

Es ist ein ähnlicher Fall von Landau beschrieben worden, dem allerdings erst R. Meyer die richtige Deutung gegeben hat. Ich war mir im Momente der Operation der Gefahren, welche der Pat. im Falle einer späteren Gravidität erwachsen können, vollkommen bewusst, allein ich konnte mich nicht entschließen, die jugendliche Frau ihrer sonst wohl entwickelten inneren Genitalien verlustig zu machen. Der künstliche Abortus, bezw. die Sectio caesarea dürften freilich in fast sicherer Aussicht stehen.

Diskussion ad Fall 3: Wertheim weist auf ein Operationsverfahren bei partieller Obliteration des Uterus hin, das er vor einigen Jahren im Centralblatte für Gynäkologie angegeben hatte. Es handelte sich um einen Uterus, der nach einer rüde vorgenommenen Auskratzung obliterirt war, und zwar im Verlaufe des ganzen Cervicalkanales bis über das Orificium internum. Da die Eröffnung von unten mittels Sonden nicht möglich war, wurde die Blase vom Uterus abgelöst und so der untere Abschnitt des Corpus an der vorderen Wand freigelegt; dann wurde mittels eines sagittalen Medianschnittes in die Tiefe gedrungen und so der unterste Theil der Corpushöhle zur Eröffnung gebracht. Es fanden sich einige Kaffeelöffel alten flüssigen Blutes. Dann wurde die Schleimhaut der Körperhöhle mit der Vaginalschleimhaut des vorderen Scheidengewölbes fest vernäht. Die Frau bekam dann wieder ihre normale Menstruation, nachdem sie vorher die heftigsten Molimina menstrualia auszustehen hatte. W. glaubt, dass in dem von Ludwig vorgestellten Falle eine nachträgliche Strikturirung kaum zu vermeiden sein dürfte, wenn es nicht gelingen sollte, den durch den Trokar geschaffenen Kanal mit Schleimhaut zu überkleiden.

Ludwig bemerkt, dass bei der Unsicherheit des Befundes an den vaginalen Weg nicht gedacht werden konnte. L. war zu wiederholten Malen in der Lage, bei Atresien den vaginalen Weg einzuschlagen, und daher auch der Schwierigkeiten sich bewusst, die ihm in diesem Falle drohten, da man mit Rücksicht auf die Länge des Stranges sich nicht vorstellen konnte, wie man von unten in die

Körperhöhle hätte gelangen können, und da man ferner auch nicht bestimmen konnte, welche Verwachsungen zwischen dem Cervixgewebe und der hinteren Blasenwand bestünden.

II. Schmit: Implantation der Tube in den Uterus. (Krankenvorstellung.)

Der Vortr. berichtet über eine am 2. Januar 1900 ausgeführte Laparotomie, bei welcher wegen Tubargravidität die rechten Adnexe exstirpirt wurden. Bei der Revision der linken Adnexe erwies sich Tube und Ovarium normal, aber gerade an der Ansatzstelle der Tube fand sich ein Myomknoten, der die Tube anscheinend ganz verdrängte und komprimirte. Da nach diesem Befunde entweder Sterilität zu erwarten oder eine neuerliche Tubargravidität (auf der linken Seite) möglich erschien, nahm der Vortr. die Excision dieses Knotens vor und implantirte nach dem Vorschlage Prof. Schauta's die abgetrennte Tube in die Uterushöhle, womit die Möglichkeit neuerlicher Konception gegeben erscheint. Der Heilungsverlauf war vollkommen ungestört. S. weist darauf hin, dass diese Operation in gewissen selteneren Fällen sicherlich indicirt sei und das Gebiet der konservativen Operationen an den Tuben hierdurch erweitert erscheine. Er erwähnt ferner, dass in dem am 6. Januar 1900 erschienenen Centralblatte für Gynäkologie von Koblanck über die gleiche Operation berichtet sei, über die er bereits in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin (Sitzung vom 10. Nov. 1899) referirte, was dem Vortr. zur Zeit der Operation noch unbekannt war.

III. Halban: Ein Fall von kompleter Uterusruptur.

H. stellt eine Frau vor, bei welcher er vor 12 Tagen die Totalexstirpation des Uterus per laparotomiam ausführte, und zwar wegen kompleter Uterusruptur intra partum und Austritt der Frucht in die Bauchhöhle.

Die 28jährige IIpara war früher stets gesund. Wann sie gehen gelernt hat, weiß sie nicht. I. Partus am 1. Januar 1899 (Nabelschnurvorfall, Forceps, Kind todt). Die Menses waren dann stets regelmäßig, die letzte Menstruation am 5. April 1899. Über die ersten Kindesbewegungen weiß Pat. nichts anzugeben.

Wehenbeginn am 7. Januar um 8 Uhr Abends, die ganze Nacht starke Wehen. Um 6 Uhr früh Blasensprung. Um 8 Uhr früh hörten dann die Wehen plötzlich auf, ohne dass die Frau um diese Zeit einen besonderen Schmerz, der auf den Eintritt der Ruptur deuten ließe, verspürt hätte. Dagegen trat um 9 Uhr Vormittags eine geringe Blutung ein, als die Frau den Wagen bestieg, der sie in die Anstalt brachte. Seit 7 Uhr früh spürt sie angeblich keine Kindesbewegungen mehr. Eine Hebamme untersuchte die Frau, konstatirte einen Nabelschnurvorfall und wies sie in die Klinik. Der objektive Befund war beim Eintritte der Frau in die Anstalt am 8. Januar um 10 Uhr Vormittags folgender:

Kleine Frau, kommt zu Fuß in den Kreißsaal. Keine Hinfälligkeit, vollkommen frisches Aussehen.

Temperatur 37,5, Puls 76. Rachitisches Skelett. Becken allgemein verengt, rachitisch. D. sp. $25\frac{1}{2}$, D. Cr. 27, D. Tr. $29\frac{1}{2}$. Uterustumor längsoval, Fundus 1 Finger unter dem Proc. xyph., Schädel beweglich über dem Beckeneingange, gegen den rechten Darmbeinteller abgewichen, größere Resistenz rechts. Herztöne nicht zu hören. Da keine Wehenthätigkeit bestand und die Frau ein vollständig frisches Aussehen zeigte, da auch keine Blutung vorlag, Puls und Temperatur normal waren, wurde die Frau nur flüchtig vom diensthabenden Arzte untersucht. Nach der Untersuchung meldete der Arzt, dass es sich um den Vorfall einer pulslosen Nabelschnurschlinge und um Placenta praevia handle.

Da, wie erwähnt, keine besondere Indikation zum Eingreifen gegeben war, blieb die Frau ruhig liegen und ich kam erst Abends nach 8 Uhr dazu, die Frau selbst zu untersuchen, wobei sich allerdings ein überraschender Befund ergab.

Die Schlinge, welche als Nabelschnur imponirt hatte, erwies sich als die quer abgerissene, nur an ihren seitlichen Theilen noch mit der Portio zusammenhängende hintere Muttermundslippe, die allerdings bei flüchtiger Unter-

suchung eine kleine Nabelschnurschlinge vortäuschen konnte. Die vordere Muttermundslippe intakt.

Beim Eindringen in den Cervicalkanal, welcher kollabirt ist, und welcher auf ungefähr 3 Finger zu spreizen ist, gelangt man auf schwammiges Gewebe, welches im ersten Moment für Placenta gehalten werden kann. Bei genauerer Untersuchung zeigt sich aber, dass es sich um einen tiefen Riss handelt, welcher in der Höhe des inneren Muttermundes quer die vordere Gebärmuttergegend durchläuft und mit seinem Hauptantheile gegen das rechte Parametrium zieht.

Wenn man in den Riss tiefer eindringt, gelangt man auf den Schädel, welcher auf dem rechten Darmbeinteller liegt und sich scheinbar vollständig in der Bauchhöhle befindet.

Vor dem Schädel eine Membran, wie eine schlotternde Fruchtblase, möglicherweise das abgerissene Peritoneum. Mit Rücksicht auf diesen Befund wird die Narkoseuntersuchung beschlossen. Dabei bestätigt sich der Befund vollständig. Die Uterushöhle erweist sich als leer, der Uteruskörper kontrahirt, auch die Placenta ist nicht zu finden.

In der Narkose sind auch die Kindestheile sehr deutlich direkt unter der Bauchdecke zu tasten.

Ich schritt nun sofort zur Laparotomie (10 Uhr Abends).

Bauchschnitt von der Symphyse bis 2 Finger über den Nabel. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirt sich sofort die Frucht, welche frei in ihr liegt und zwar in Schädellage II. Position. Die Frucht wird extrahirt, desgleichen die Placenta, welche ebenfalls in der freien Bauchhöhle liegt.

In der Bauchhöhle eine minimale Blutmenge.

Der Uterus zeigt einen vollständigen Riss in der vorderen Wand und rechts und zwar in der Höhe des Blasenscheitels. Da die Möglichkeit einer Infektion vorlag — die Frau war auswärts von einer Hebamme untersucht worden — machte ich die Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe mit breiter Drainage gegen die Scheide. Die Frucht zeigte Zeichen frischer Maceration, 3400 g, 50 cm.

Die Frau machte einen vollständig fieberlosen, ungestörten Wundverlauf durch und wird morgen geheilt entlassen.

An diesem Falle sind mehrere Momente interessant. Vor Allem der Umstand, dass offenbar bereits 2 Stunden nach dem Blasensprunge die Ruptur eingetreten ist. Um 6 Uhr früh Blasensprung, um 8 Uhr früh vollständiges Cessiren der bis dahin sehr kräftigen Wehen, Aufhören der Kindesbewegungen, um 9 Uhr eine allerdings geringe Blutung nach Außen. Wir können kaum fehlgehen, wenn wir schon nach dieser Anamnese annehmen, dass die Ruptur um 8 Uhr ungefähr erfolgt ist. Dazu kommt, dass schon beim Eintritt der Frau in unsere Anstalt um 10 Uhr Vormittags der Riss offenbar nach dem Touchirbefunde vorhanden war, wenn er auch allerdings nicht richtig gedeutet wurde.

Der Eintritt einer Ruptur 2 Stunden nach dem Blasensprunge bei einer jungen IIpara ist nun sehr auffallend, doch besitzen wir in diesem Falle vielleicht einen Anhaltspunkt für die Erklärung. Es fand sich nämlich, wie schon erwähnt, eine quere Durchtrennung der hinteren Muttermundslippe in der Höhe des Promontoriums. Die Besichtigung des Präparates ergab aber mit Sicherheit, dass es sich dabei nicht um eine frische Verletzung handeln konnte, da der Riss nirgends blutend, sondern im Gegentheile übernarbt war. Es muss also angenommen werden, dass diese Verletzung bei der ersten Geburt stattgefunden habe und einfach — wie dies ja nicht gar so selten zu sehen ist — durch eine Usurirung der hinteren Muttermundslippe, welche lange Zeit zwischen Schädel und Promontorium gequetscht wurde, entstanden ist. Thatsächlich erwies sich das Becken als hochgradig verengt, die Conj. diag. betrug 10,1, die erste Geburt war von langer Dauer und musste mit Forceps beendigt werden.

Wir können nun ohne Zwang annehmen, dass bei dieser ersten Geburt, eben so wie die hintere Cervicalwand, auch die vordere sehr stark zwischen Schädel und Symphyse gequetscht wurde und dass an dieser Stelle vielleicht eine Verdünnung der Uteruswand zurückgeblieben ist, welche nunmehr bei der zweiten

Geburt leicht einriss, nachdem die Dehnung des unteren Uterinsegmentes größere Fortschritte gemacht.

Auffallend an diesem Falle ist ferner der Umstand, dass die Frucht sicher 14 Stunden in der freien Bauchhöhle lag (frische Maceration), ohne dass es zu irgendwelchen peritonealen Reizerscheinungen oder zu einer Infektion gekommen wäre. Die Frau klagte über keinerlei Schmerzen und fühlte sich — wie wiederholt erwähnt — vollständig wohl. Sie wurde offenbar zu ihrem Glücke nicht inficirt und hat wohl diesem Umstande den günstigen Ausgang zu danken.

Diskussion: R. v. Braun frägt, ob die Gebärende außerhalb der Klinik untersucht worden sei.

Halban erwidert, dass die Pat. nur einmal draußen von der Hebamme untersucht worden ist.

Schauta: Die Frage R. v. Braun's sei vollkommen berechtigt. Der vorgestellte Fall ist mit 2 gleichartigen Fällen an 2 auf einander folgenden Tagen in die Klinik gekommen; der eine Fall war eine inkomplete Ruptur, das Peritoneum also nicht eröffnet, die anderen 2 Fälle (darunter der vorgestellte) waren komplete Rupturen. In den beiden anderen Fällen, in denen das Kind noch nicht aus der Uterushöhle ausgetreten war und daher auf natürlichem Wege entwickelt werden konnte, wurde tamponirt, doch gingen beide Pat. zu Grunde. Dagegen kam dieser Fall, bei dem das Kind in die Bauchhöhle ausgetreten war und daselbst 14 Stunden verblieb, davon. Die Erklärung scheint eine sehr naheliegende. In den beiden letalen Fällen sind Operationsversuche vorausgegangen, Ärzte und Hebammen haben untersucht, die Frauen wurden maltraitirt und inficirt, während dieser Fall nur einmal von der Hebamme untersucht wurde, nicht inficirt in die Klinik kam und daher auch günstig verlief. Die Prognose der Uterusruptur wird wesentlich dadurch beeinflusst, ob die Frauen inficirt oder nicht inficirt in die Klinik kommen.

R. v. Braun hat auch in der Klinik seines Chefs dieselben Erfahrungen gemacht; es wurden nur diejenigen Fälle durchgebracht, die sich in der Klinik ereigneten, oder die nicht inficirt in die Klinik kamen. B. frägt, ob der Fall von inkompleter Ruptur an Sepsis oder an Anämie zu Grunde gegangen sei.

Schauta erwidert, dass alle Fälle an Sepsis zu Grunde gegangen seien. Natürlich spielt die Anämie auch eine große Rolle, da anämische Personen leicht septisch werden. An reinem Verblutungstode ist jedoch keine zu Grunde gegangen.

Dittel frägt, ob bei der Totalexstirpation der Beckenboden geschlossen oder drainirt wurde?

Halban: Es wurde drainirt.

Dittel: Der Grund der raschen Ruptur ist allerdings in der Beckenverengerung zu suchen, doch wäre es rathsam, in diesem Falle danach zu forschen, ob nicht ein Mangel an elastischen Fasern bestand, ein Umstand, welcher besonders in der letzten Zeit in Betracht gezogen wurde.

Halban: Die histologische Untersuchung des unteren Uterinsegmentes und der Cervix, speciell auf elastische Fasern, ist noch nicht abgeschlossen.

Schmit berichtet über die Fälle, welche soeben in der Klinik Schauta zusammengestellt wurden. Seitdem Prof. Schauta die Klinik leitet, kamen 19 Fälle von Uterusruptur zur Beobachtung, und zwar 9 inkomplete, 10 komplete mit einer Mortalität von 9 Fällen, i. e. 52,6% Heilung. Die meisten Fälle waren außerhalb untersucht und an ihnen oft vielfache Entbindungsversuche vorgenommen worden. An den in der Klinik entstandenen Rupturen ist keine Pat. gestorben. Alle letal geendigten Fälle starben an Sepsis. Bei den mit Tamponade Behandelten findet sich ein Heilungsprocent von 57, bei den Operirten von 50. Bei dieser Berechnung zeigt es sich, dass mittels der Tamponade mehr Frauen durchgebracht wurden als mittels der Operation. Wenn die Anämie nicht so hochgradig ist, dass die Pat. von vorn herein an derselben stirbt — und thatsächlich sind die Fälle von so hochgradiger Anämie nicht so häufig, da ja die Blutung meist nach Uterusruptur steht — so hat diese Art der Behandlung schon theoretisch betrachtet viel Wahrscheinlichkeit auf günstigen Erfolg für sich. Es ist sehr wahrscheinlich, dass

ein Entbindungsverfahren, bei dem die Bauchhöhle weiterhin nicht mehr mit dem inficirten Organe und Kinde in Berührung gebracht wird, eher ein günstiges Resultat geben kann, zudem das Wundbett drainirt wird und ein dauerndes Antisepticum 8—10 Tage, je nach den Umständen noch länger liegen bleibt. Dieses Verhältnis zwischen Tamponade und Operation stellt sich, wenn man die Fälle aus der Litteratur sammelt, auch hier zu Gunsten der Tamponade, resp. Drainage. Von 83 aus dem Materiale verschiedener Kliniken gesammelten Fällen (einzelne kasuistische Mittheilungen blieben unberücksichtigt), die mit Drainage behandelt wurden, starben 40, was 51,8% Heilung ergiebt; bei 33 operativ behandelten Fällen betrug das Heilungsprocent bloß 24,2%.

R. v. Braun bemerkt, dass der Standpunkt, auf dem Schmit in seiner Auseinandersetzung steht, ganz derselbe sei, den er selbst früher eingenommen. Er habe herausgebracht, dass die inkomplete Ruptur bei der Tamponade eine bessere Prognose gebe. Es kamen in Hofrath Braun's Klinik auch eine stattliche Anzahl von inkompleten Rupturen zur Beobachtung, die, wenn sie rechtzeitig zur Behandlung kamen, auch durchgebracht wurden.

Stern (als Gast) berichtet über einen Fall, der bei Prof. Winter in Königsberg zur Beobachtung kam, aber nach einer anderen Methode behandelt wurde. Es handelte sich um eine Frau, bei der eine totale Uterusruptur seit 12 Stunden bestand, und wo sich in Folge Diastase der Recti das Kind unmittelbar unter der Haut tasten ließ. Es wurde die Laparotomie gemacht, das Kind sammt der Placenta extrahirt und sofort der Bauch durch Naht geschlossen. Hierauf wurde die Totalexstirpation per vaginam angeschlossen. Die ganze Operation dauerte 40 Minuten. Die Frau wurde vollständig geheilt. Seines Wissens wurde diese Methode nicht weiter verfolgt.

R. v. Braun erwidert, es sei eine bekannte Thatsache, dass Prof. Winter die Extraktion des Kindes durch die Laparotomie bevorzugt, und er hat schon vor einer Reihe von Jahren publicirt, dass man das Kind extrahiren und den Uterus in Ruhe lassen solle. B. möchte vorschlagen, bei schwerer Ruptur den Uterus per vaginam und dann durch die so geschaffene Öffnung das Kind zu entfernen. Es sei vielleicht besser, wenn man auf diese Art vorgehe, als dass man die Laparotomie Behufs Entfernung des Kindes vornehme und dann erst die Exstirpation des rupturirten Uterus per vaginam ausführe. Er selbst habe es nicht versucht, hält es aber für technisch durchführbar und von Werth bei Uterusruptur.

Wertheim glaubt, dass die Extraktion der großen Frucht einen ungünstigen Einfluss auf die Stümpfe nehmen würde; es könnten Zerreißungen stattfinden; Ligaturen abrutschen. Das ganze Verfahren wäre nicht schonend für die Wunde.

R. v. Braun erwidert, es müsse nicht immer eine große Frucht vorhanden sein, und bezweifelt ferner, dass die nach der Totalexstirpation zurückbleibende Wunde das Kind nicht durchlassen sollte. Man könne so vorsichtig operiren, dass keine Ligaturen abgleiten; höchstens, dass das Peritoneum einreißt und so eine Blutung entsteht. Wenn der frisch entbundene Uterus durch die Vagina durchgehe, so werde das Kind auch durchgehen.

Ludwig glaubt, dass die vaginale Totalexstirpation den Vortheil, den sie bei der Entfernung des septisch inficirten Uterus bietet, in vielen Fällen durch den Nachtheil aufwiegen werde, der durch die Komplicirtheit der anatomischen Verhältnisse bedingt sei. Es sind nicht immer die Wunden des Uterus, welche zu schweren sekundären Blutungen und Anämie Veranlassung geben, sondern auch die paracervicalen Gefäße, die Uterina und ihre Verzweigungen machen oft schwere Nachblutungen. Die Gefäße ziehen sich oft stark zurück und können von der Vagina aus nicht mit Sicherheit in Klemmen gefasst oder umstochen werden. Solche Gefäße können oft nach Stunden, ja selbst nach Tagen, wo die Operirte längst für gerettet gehalten wurde, zu Nachblutungen Veranlassung geben.

R. v. Braun weist darauf hin, dass sich die Diskussion an einen Fall angeknüpft hat, wo der Uterus vorn zerrissen war. Er selbst habe seinerzeit darauf hingewiesen, dass Abhebungen des Peritoneums bis zur Niere enorme Schwierigkeiten bei der Blutstillung machen, und habe betont, dass es nicht so einfach wäre,

die blutende Stelle zu finden. Wo die Ruptur nicht eine quere ist oder wo die Diagnose nicht sicher zu stellen ist, wird es B. nicht einfallen, die vaginale Totalexstirpation zu machen, da man die Gefäße weder sehen noch ligiren kann.

b. Halban demonstrirt Harnröhren- und Blasensteine, welche von einer 79-jährigen Frau stammen, die seit 25 Jahren an einem Prolapsus uteri et vaginae mit bedeutender Cystocele leidet. Seit 6 Jahren wiederholte Harnverhaltung oder Harnträufeln. Die Harnröhre war vollständig mit 5 bohnen- bis über haselnussgroßen Steinen ausgefüllt, von denen der erste bereits aus dem Orific. urethrae ext. heraussah. Nach Entfernung der Steine mittels einer Kornzange konnte die Blase ganz gut mit dem Finger ausgetastet werden, wobei sich dieselbe ebenfalls als mit Steinen ausgefüllt erwies. Auch diese konnten, trotzdem einzelne fast nussgroß waren, durch die stark erweiterte Harnröhre einfach mit einer Kornzange herausgezogen werden. Die Steine (Harnsäurekonkremente mit Phosphatmantel) fanden für ihre Bildung offenbar einen günstigen Boden in der so lange Zeit vernachlässigten Cystocele.

Myome.

5) A. Lewers (London). Vereiterung eines interstitiellen Myoms, Tod an Sepsis.

(Lancet 1900. Februar 17.)

Im Mai v. J. sah L. eine Pat., die ein bis zum Nabel reichendes Myom hatte, und verordnete Secale und Hydrastis. 2 Monate später wurde dieselbe Kranke mit sehr stark riechendem Ausflusse und einer Temperatur von 38,5 wiederum ins Spital aufgenommen. In der Scheide fanden sich weiche Massen, die nicht aus der Cervix kamen, sondern aus einer Öffnung, die im Bereiche der hinteren Muttermundslippe lag. Eine Sonde konnte in die genannte Öffnung ca. 6 Zoll weit eingeführt werden, und L. glaubt, dass der Eiter des zerfallenen Myoms, das interstitiell in der hinteren Wand des Uterus saß, sich einen Weg durch die ganze hintere Wand der Cervix gebahnt habe. Eine eingreifendere Operation wurde nicht gemacht, und die Pat. starb nach 3 Monaten an Sepsis. (Über eine mikroskopische Untersuchung der Gewebsfetzen wird nichts erwähnt. Ref.)

Rissmann (Osnabrück).

6) E. Reimann. Über Spontanheilung von Uterusmyomen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verjauchung.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1899.

Die Ursachen der Spontanheilung sind: mangelhafte Ernährung, hohes Alter der Pat., Schwangerschaft, spontane Ausstoßung ohne nachweisbaren Grund, Verjauchung und Eliminirung durch die Scheide oder auch durch die Bauchdecken. Die Dissertation bringt nichts Neues. **Engelmann jun.** (Bonn).

7) P. Denné. Veränderungen der Myome während der Gravidität und Einfluss derselben auf die Geburt.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1899.

Beschreibung eines Falles von tiefsitzendem Myom bei Gravidität. Der Kaiserschnitt ergiebt ein lebendes Kind, und die exstirpirte mannskopfgroße Geschwulst erweist sich als im Innern vollständig fettig degenerirt. Es ist dies die am häufigsten auftretende histologische Veränderung; nur sehr selten kommt es zu Vereiterung.

Der Einfluss der Myome auf den Geburtsverlauf ist meist kein nachtheiliger, da die Geschwulst in der Regel in die Höhe steigt und so die Passage freilässt.

Engelmann jun. (Bonn).

8) O. v. Franqué. Salpingitis nodosa isthmica und Adenomyoma tubae.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLII. Hft. 1.)

Bei einer 21jährigen Pat. der Würzburger Frauenklinik wurde im Jahre 1896 wegen Endometritis post abort. bei fixirtem retroflektirtem Uterus die Abrasio mucosae vorgenommen. 1 Jahr darauf Kolpotomia ext. wegen weiterer Beschwerden. Mobilisirung des hinten fixirten Uterus, Lösung der etwas adhärenten, sonst wenig veränderten rechten Anhänge, linke Adnexe durchaus normal, Vaginofixatio uteri. Operation von nur vorübergehendem Erfolge, daher 19 Monate später Laparotomie. Zahlreiche, schwer zu lösende Adhäsionen in der Umgebung der beiderseitigen Anhänge. Rechte Tube proximal mit 2 haselnussgroßen, derben Knötchen versehen, das dazwischen liegende Gewebe bis zur Mitte der Tube hart infiltrirt, Ampulle rechts entzündet, aber offen, linke Tube weniger ausgesprochen, aber ganz ähnlich erkrankt, Ovarien beiderseits ohne hochgradige Veränderungen. Entfernung der Anhänge mit Zurücklassung des linken Eierstockes, Ventrifixatio uteri, Heilung.

Die Erkrankung beider Tuben zeigte makroskopisch das typische Bild einer Salpingitis nodosa isthmica, die ja bekanntlich von v. Recklinghausen nicht als das Produkt einer proliferirenden chronischen Entzündung, sondern als eine von versprengten Urnierenkanälchen ausgehende Geschwulstbildung, als ein Adenomyoma tubae, aufgefasst wird.

Betreffs der mikroskopischen Untersuchung der Tuben möchte ich hervorheben, dass sich neben einer chronischen interstitiellen Entzündung der Schleimhaut eine abgelaufene tuberkulöse Entzündung der Tubenwand nachweisen ließ. An den verdickten Stellen hatte eine reichliche Neubildung von Muskelgewebe stattgefunden, zwischen den Muskelfasern lagen zahlreiche drüsenähnliche Schläuche von verschiedener Größe, deren Entstehung »aus multiplen Schleimhauteinstülpungen der Tube« v. F. mit aller Sicherheit feststellen konnte.

Mit Berücksichtigung der oben mitgetheilten Krankengeschichte ist von dem Verf. der unzweideutige Beweis geliefert worden, dass in diesem Falle die Adenombildung der Tubenwand nicht angeboren, sondern innerhalb 19 Monaten als die Folge einer Entzündung der Eileiterwand entstanden war. Als die Ursache der Entzündung, und nicht bloß als ein zufälliger Nebenbefund war aller Wahrscheinlichkeit nach die vorhandene Tuberkulose zu betrachten.

Der Verf. schließt die kurze Schilderung eines 2. Falles an, in dem sich als Folge einer chronischen Entzündung der Tubenschleimhaut von sicher nicht tuberkulösem Ursprunge ein typisches Tubenwinkeladenom fand.

v. F. ist der Ansicht, dass in derselben Weise, wie in den mitgetheilten beiden Fällen, viele sogenannte Tubenadenomyome der Litteratur als die Folge einer Schleimhautentzündung des Eileiters zu betrachten sind, ohne freilich für einen anderen Theil der Fälle die Entstehung aus kongenital versprengten Epithelien leugnen zu wollen. **Scheunemann** (Breslau).

9) E. Lexer (Berlin). Operation eines Mesenterialfibroms mit ausgedehnter Resektion des Dünndarmes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 1.)

41jährig. Pat., früher gesund. Seit mehreren Wochen kolikartige Schmerzen. Große kugelige Geschwulst im Bauche, bis zum Nabel reichend, sehr beweglich. Operation bestätigte die Diagnose: Solider mesenterialer Tumor. Er ging vom Mesenterium des Ileums aus. Auf seiner Vorderseite war eine große Dünndarmschlinge mit schmalem Mesenterialansatze befestigt, dessen beide Platten aus einander wichen, um den Tumor zu bekleiden. Sein Stiel, von dem er an der Wirbelsäule festgehalten wurde, wurde von der Radix mesenterica gebildet, welche sich durch starke Gefäße und fingerdicke Venen auszeichnete. Durchtrennung des Stieles nach mehreren Umstechungen und Ligaturen der Gefäße. Resektion von 2 m Darm. Enteroanastomose. Schluss der Bauchwunde ohne Tamponade. Glatte Heilung. **Graefe** (Halle a/S.).

10) **A. Smith** (Dublin). Abscess im myomatösen Uterus.

(Dublin journ. of med. science 1899. December.)

Eine 40jährige Frau hat in 5jähriger Ehe 3mal geboren, 2 todtgeborene Kinder und ein ausgetragenes Kind, instrumentell entwickelt vor 4 Monaten. Damals war ein Tumor im Leibe konstatirt worden von der Größe eines 4monatlichen Uterus, der, seitdem rapid gewachsen, nunmehr das ganze Abdomen ausfüllt. Das Wochenbett hatte zu septischen Erscheinungen geführt. Eine Bauchnarbe stammt von einer Probeincision, die, vor einigen Jahren gemacht, nicht zur Exstirpation des Tumors geführt hatte.

Man diagnosticirte jetzt Cystomyom des Uterus. Bei der Ablösung der Blase wird letztere perforirt; die Unterbindung der Uterinae ist äußerst schwierig, erfordert Kompression der Aorta; der Ureter wird verletzt. Alles wird reparirt; ein großes Blutcoagulum mit dem Boseman aus der Blase gespült — und es erfolgt Genesung. Statt der erwarteten cystischen Entartung fand sich eine große Abscesshöhle. Das Präparat wird in der geburtshilflichen Sektion der R. acad. of med. in Ireland demonstrirt.

Zeiss (Erfurt).

11) **Edgar** (Glasgow). Fibroid mit adhärenten Adnexen; Hysterektomie.

(Glasgow med. journ. 1899. April.)

Pat. 37 Jahre, ledig, Dysmenorrhoe und Metrorrhagien. Tumor in der hinteren Wand des Uterus, Adnexe fest mit Tumor und Beckenwand verwachsen. In beiden Ovarien (das rechte $3^1/_4$ Zoll lang) große Hämatome. (Glasgow. med.-chir. Gesellschaft.)

Zeiss (Erfurt).

12) **Smyly** (Dublin). Abdominale Hysterektomie, Doyen's Methode.

(Dublin journ. of med. science 1899. December.)

S. berichtet in der geburtshilflichen Abtheilung der kgl. Akademie für Medicin über den Fall eines nach Doyen's abdominaler Methode entfernten Myoms, als des ersten dieser Art in Irland. Er ist erstaunt über die technische Leichtigkeit und glaubt, dass die Methode sich in der That bei jeder Art von Myomen bewähren wird.

Zeiss (Erfurt).

13) **E. E. Möller** (Helsingfors). Klinische und pathologisch-anatomische Studien zur Ätiologie des Uterusmyoms.

(Mittheilungen aus der Klinik des Prof. Engström in Helsinfors Bd. III. Hft. 1.)

Verf. hat das Material aus der gynäkologischen Klinik von Engström für klinische und anatomische Studien zur Ätiologie des Uterusmyoms verwandt und die Resultate seiner Untersuchungen und Studien in einer sehr fleißigen und sorgfältig durchgearbeiteten Arbeit zusammengestellt. Im wesentlichen kommt er zu folgenden Schlüssen, nachdem er eine ausführliche Darlegung von der Entwicklung und dem jetzigen Standpunkte der Myomätiologie gegeben hat: Im Großen und Ganzen existiren 2 Ansichten. Auf der einen Seite hält man das Myom für eine Folge der vielen irritativen Momente, die den Uterus treffen. Auf der anderen Seite werden diese Momente für die Erzeugung eines Myoms für ungenügend gehalten und man hält das Bestehen einer schon früher vorbefindlichen, wahrscheinlich angeborenen Anlage für erforderlich.

Eine strittige Frage ist die, ob das Myom häufiger bei Verheiratheten oder Unverheiratheten vorkommt. Das Krankenmaterial Engström's entspricht, was das Verhältnis der Verheiratheten zu den Unverheiratheten betrifft, den allgemeinen Bevölkerungsverhältnissen des Landes, woraus zunächst hervorgeht, dass nicht mehr Verheirathete seine Klinik besuchten, als Unverheirathete. Bezüglich der Frage des Vorkommens der Myome theilt er die Pat. in virginelle und nicht virginelle (unter letzteren also auch unverheirathete) ein. Von sämmtlichen Pat. litten 4,7% an Myom. Von sämmtlichen Kranken waren 78,2% nicht virginell,

21,8% virginell, von den Myomkranken waren 67,2% nicht virginell, 32,8% virginell. Daraus geht hervor, dass das Myom viel häufiger bei virginellen, als bei nicht virginellen beobachtet wird. Die größte Frequenz des Myoms ist in den Jahren 26—40 zu finden. Bei den virginellen Kranken macht das Myom früher Symptome, als bei den nicht virginellen. Ähnliche Resultate wurden aus einer Zusammenstellung des Materiales des pathologisch-anatomischen Institutes gewonnen. Nahezu die Hälfte der nicht virginellen Kranken war steril, ferner nimmt die Frequenz des Myoms ab, je größer die Zahl der Schwangerschaften wird. Eine wesentliche Rolle bei der Ätiologie der Myome spielt die hereditäre Disposition. Über den Zusammenhang zwischen Myom und Herzkrankheiten lassen sich bisher keine sicheren Angaben machen.

Zu seinen mikroskopischen Untersuchungen benutzte Verf. Myome von Stecknadelkopfgröße und noch kleinere. Er fand, dass das Myom meist als ein kleiner runder oder ovaler Körper durch Bindegewebe von der Uterusmuskulatur getrennt liegt. In einer kleinen Anzahl von Fällen fand er die Bindegewebshülle durchbrechende Muskelstiele.

Über die Blutgefäße ergaben seine Untersuchungen durch Rekonstruktion von Schnittserien folgendes: Von mehreren Stellen im Umkreise des Uterusmyoms dringen Arterien aus dem umgebenden Gewebe in dasselbe ein (3—13). Bei interstitiellen Myomen dringen die Arterien von allen Seiten, beim subserösen von der Seite des Uterus aus ein. Die Arterien besitzen Intima, Media und eine Bindegewebsschicht, welche sie in den Tumor hinein begleitet. Letztere und die Media verschwinden in ihrem Verlaufe. Die Gefäße liegen in einem Muskelbündel, der Richtung desselben in allen Windungen folgend. Nirgends ändern Muskelzellen der Media ihre gegen die Längsrichtung quere Stellung, nirgends lässt sich ein Übergang der Gefäßmuskelelemente in das umgebende Myomgewebe finden.

Verf. ist der Ansicht, dass weder die Theorie, welche die »irritativen Momente« als die Ursache des Myoms ansieht, noch die Annahme einer angeborenen Myomanlage oder angeborener Disposition für sich allein zur Erklärung genügt. Es muss eine angeborene Anlage durch irritative Momente zum Wachsen gebracht werden. Die Ansicht von der Entstehung der Myome aus der Gefäßmuskulatur hält Verf. mit den Gefäßverhältnissen in den Myomen für unvereinbar.

Hohl (Bremerhaven).

Verschiedenes.

14) **Eggers** (Grand Forks, Dakota). Ventrosuspension der Gebärmutter.

(Northwestern Lancet 1899. Juli 15.)

E. will bei Rücklagerungen der Gebärmutter nur 3 Operationen als berechtigt anerkennen: die extraperitoneale Kürzung der runden Bänder nach Alexander, die intraperitoneale Kürzung derselben nach Wylie und die Ventrosuspension des Uterus an dessen Hinterseite nach Kelly in Stellung entsprechend der normalen Anteversion. Erstere will er immer angewendet wissen, wo keine Verwachsungen vorhanden sind, innerliche Behandlung aber keinen Erfolg hat. Sind dagegen Verwachsungen vorhanden, so dass man zur Lösung derselben doch eine Laparotomie machen muss, so hängt die Wahl des weiteren Verfahrens davon ab, ob wenigstens ein gesunder Eierstock noch vorhanden ist, oder nicht. Ist ersteres der Fall und Schwangerschaft nicht unmöglich, so ist die intraperitoneale Kürzung der runden Bänder angezeigt, allenfalls aber auch die Ventrosuspension erlaubt, obgleich diese für den Fall der Schwangerschaft nicht so günstig ist. Ist aber der Eintritt einer Schwangerschaft nicht anzunehmen, so verdient vielleicht die Ventrosuspension den Vorzug, da sie sehr sicher zu sein scheint. Bestehen aber sehr feste und zahlreiche Verwachsungen, so dass die hintere Gebärmutterfläche nach ihrer Abtrennung rauh erscheint, so ist die Hysterektomie vorzuziehen, um die

Gefahr neuer Verwachsungen mit Darmschlingen zu vermeiden, falls die Anhänge aus anderen Gründen entfernt wurden. Endlich ist Ventrosuspension bei Prolaps angezeigt. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

15) **Stone** (Boston). Zwei Fälle von Gummata des Beckens.

(St. Paul med. journ. 1899. August.)

S. berichtet über 2 Fälle, in denen er bei Beckengeschwülsten deren syphilitische Natur annahm und Jodmedikation einleitete. In dem einen Falle war die Geschwulst gänzlich unabhängig vom Uterus, unbeweglich, füllte das linke Scheidengewölbe aus und schien von der hinteren Beckenwand auszugehen, dabei war der obere Theil der Mastdarmwand verdickt, unelastisch, aber ohne Geschwürsbildung. Im 2. Falle befand sich die Geschwulst im Scheiden-Mastdarm-Septum, war hart und unbeweglich, aber anscheinend ohne Zusammenhang mit den Knochen. Obgleich beide Male Syphilis nicht nachzuweisen war, war doch die antisyphilitische Kur von vollständigem Erfolg. S. nimmt mit Shaw-Mackenzie im Gegensatze zu Poelchen an, dass Gummata in der Umgegend des Beckens häufiger seien, als gewöhnlich angenommen wird. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

16) **Ely** und **Cheesman** (Auburn, N. Y.). Fall von primären Blutungen in die Brust- und Bauchhöhle.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. August.)

Bei einer im Übrigen vollständig gesunden Frau von 47 Jahren, die nur an starken Blutungen und Schmerzen litt, auch ein kleines Uterusfibroid hatte, traten zuerst abwechselnd in der linken, dann in der rechten Brusthöhle hämorrhagische Exsudate auf, welche wegen der sie begleitenden Dyspnoë aspirirt wurden. Diese Aspiration war sehr häufig nöthig und wurde ein Versuch gemacht, durch Auswaschen der Höhlen und Einspritzen von Jodtinktur eine Verwachsung der Pleurablätter und damit Aufhören der Blutungen zu erzielen. Dies gelang zwar, aber nun traten Blutungen in die Bauchhöhle ein, welche wiederum sehr häufige Punktionen, in einem Jahre z. B. 11mal, nöthig machten. Erst mit Eintritt der Menopause hörten die Blutungen auf und blieb die Frau dann ganz gesund.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

17) **Eykman** (Amsterdam). Behandlung von Krankheiten des Uterus mittels konstanten Stromes.

(Med. Weekblad v. Nord- en Suid-Nederland 6. Jahrg. 1899. No. 19.)

Von der intra-uterinen Galvanisation nach Apostoli hat Verf. so gute Resultate auch in eigener Praxis gesehen, sowohl bei gonorrhoischer Erkrankung der Uterusschleimhaut, wie bei Fibromyomen, dass er schon jetzt die Überzeugung aussprechen kann, mit der Operation der Myome gehe es wie mit der Salpingotomie; die Indikationen zur ersteren werden immer mehr eingeschränkt werden. Angesichts der guten Resultate der intra-uterinen Galvanisation und ihrer Ungefährlichkeit den Myomoperationen gegenüber werden letztere immer mehr verlassen werden, um so mehr, wo Myome so selten direkt oder indirekt lebensgefährlich sind. Zwar sah Verf. nie ein Myom unter Einfluss der Behandlung verschwinden, wohl aber die Beschwerden, zumal die Blutung. Die hämostatische Wirkung der Anode sei oft auffallend. 12 Krankengeschichten werden kurz mitgetheilt. **Semmelink** (Leiden).

18) **Bérard** (Lyon). Eitrige Peritonitis mit Gasbildung.

(Lyon méd. 1899. September 10.)

Pat. hatte erst soeben eine Pleuritis überstanden, daher bei starker Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Abdomens mit Fieber Diagnose tuberkulöse Peritonitis. Laparotomie: Eiter mit ganz abundanten Mengen von fötiden Gasen, ohne Spur von Beimischung fäkaler, auf Perforation deutenden Bestandtheilen. Drainage nach der Scheide, Tod am 26. Tage, Fäulnisbakterien, Tuberkel- und Colibacillen.

Zeiss (Erfurt).

19) **Jaboulay** (Lyon). Hysterectomia extraperitonealis suprapubica.
(Lyon méd. 1899. September 10.)

J. beschreibt die von ihm mit Erfolg (wie oft? Ref.) gemachte extraperitoneale Ausschälung der Gebärmutter von oberhalb der Symphyse her in 3 Tempos:

1) Bauchschnitt bis auf das Peritoneum bis zur Symphyse.

2) Stumpfes Vordringen, unter Stillung der blutenden Gefäße bis an die Seiten des Uterus, völlige Mobilisirung desselben. Eventuell Durchschneidung des Lig. rotundum, wenn dasselbe hindert, schon jetzt. Ist der Uterus frei, so werden die beiden Scheidengewölbe geöffnet, der Uterus an der Cervix oder Portio gefasst und herausgezogen.

3) Durchtrennung der Adnexa und Abschiebung des den Fundus deckenden Peritoneums. Letzteres reißt dabei zuweilen etwas ein, oder muss zur Lösung von Adhärenzen geöffnet und dann wieder genäht werden.

Die Drainage nach der Scheide zu ist vorzüglich. Auch bei Adnexoperationen, wo der Uterus nicht geschont werden soll, empfiehlt es sich, denselben zuerst auf diese Weise zu entfernen, die Entfernung der erkrankten oder tumorbildenden Adnexa werden dadurch ganz erheblich erleichtert. **Zeiss** (Erfurt).

20) **C. P. Noble** (Philadelphia). Köliotomie bei Morbus Basedowii.
(Amer. gynaecol. and obstetr. journ. 1898. December.)

Eine 34jährige IVpara litt außer an Prolapsus uteri in Folge von Dammruptur an heftigem Hautjucken. Sie nahm dabei 25 Pfund ab. Später wurde ein linksseitiger Adnextumor konstatirt, der, als sich die Erscheinungen einer Stieltorsion einstellten, mittels Köliotomie entfernt wurde. Langsame, aber ungestörte Rekonvalescenz. Nur war der Puls nie unter 120. Später wurde der Uterus kurrettirt, die Cervix amputirt, vordere und hintere Kolporrhaphie und die Ventrofixation gemacht, ohne dass die Pulsfrequenz sich änderte. Auf den Verlauf der Operation und Heilung hatte der Morbus Basedowii keinen Einfluss.

Graefe (Halle a/S.).

21) **Hall.** Maligne Veränderungen bei Pruritus.
(Lancet 1899. Oktober 7.)

Bei einem sehr hartnäckigem Falle von Pruritus vulvae bildeten sich stets warzenförmige Auswüchse, die entfernt wurden. Schließlich entschloss sich H. zu einer ausgedehnten Hautexcision rings um den Introitus herum. Der pathologische Anatom fand nun zwar keine Zellnester, glaubt aber doch eine maligne Entartung des Papilloms annehmen zu sollen, weil das Epithel in große Tiefe gewuchert war und die Malpighi'sche Schicht schlecht differenzirt war.

Rissmann (Osnabrück).

22) **E. Schwartz** (Paris). Zwei Fälle von spontaner sofortiger Reduktion einer Darmabklemmung während der Ausführung der Laparotomie.
(Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1899. No. 3.)

Im 1. Falle handelte es sich um eine Abklemmung, die bereits 3 Tage anhielt, als die Operation unternommen wurde; während alle angewandte Therapie umsonst war, löste sich nach gemachter Laparotomie beim Aufsuchen des Hindernisses in der Darmpassage eine eingeklemmte Darmschlinge wie von selbst los. Es bestand geringe Darmauftreibung.

Im 2. Falle waren alle Zeichen einer Darmobstruktion anwesend, mit Ausnahme der Auftreibung des Abdomens; vielleicht handelte es sich um eine retroperitoneale Hernie, um eine Einklemmung in der Winslow'schen Öffnung.

Die beiden Fälle sind sehr detaillirt mitgetheilt. **Beuttner** (Genf).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26. **Sonnabend, den 30. Juni.** **1900.**

I. Zur Kasuistik der Selbstausstofsung grofser Fibrome.

Von

Doc. Dr. **Otto v. Weiss,**

Vorstand der geburtshilfl.-gynäkol. Abtheilung des bosn.-herzeg. Landesspitales in Sarajevo.

Am Abend des 22. März l. J. wurde auf der Tragbahre eine leicht kachektische und stark anämische Frau im Zustande hochgradiger Erschöpfung überbracht, die einen penetranten Fäulnisgeruch um sich verbreitete. Mit schmutzigen Tüchern bedeckt lag vor der Vulva, breit aus ihr hervorquellend, eine über mannsfaustgroße, bräunlichmissfarbige, fetzige und jauchende Masse.

Bei der Untersuchung gelangte ich neben der Geschwulst in die hochgradig gedehnte Scheide und ließ sich die Gewebsmasse auch in ihren tieferen Theilen unter Afließen von bräunlicher Jauche von der Scheidenwand rings abheben. In das kuppelförmige, von der Geschwulstmasse ganz ausgefüllte Scheidengewölbe vordringend kam ich, die ganze Hand war schon in der Scheide verschwunden, in einen großen, mit dem Scheidengewölbe weit kommunicirenden Hohlraum. Ich glaubte zunächst mich im Uteruscavum zu befinden und konnte hier die obersten Partien der Geschwulst ohne größere Schwierigkeit von der Unterlage abtrennen und hierauf unter kurzdauernder, aber heftiger Blutung die ganze Geschwulst als

eine weit über kindskopfgroße, doch fast formlose, missfarbige, jauchende, dabei in ihren unteren Antheilen vielfach zerrissene und aufgefaserte Masse in einem Stücke herausbefördern.

Die Blutung stand sehr bald vollkommen.

Die neuerdings eingeführte Hand entfernte nur spärliche lose Fetzen nekrotischen Gewebes, tastete die Kuppel des enorm gedehnten Scheidengewölbes aus und, von dessen rückwärtigem Antheile ausgehend, mit ihm in weit offener Verbindung einen großen, tiefen Hohlraum.

Nach vorn davon konnte ich im Scheidengewölbe nun eine Reihe flach vorspringender Wülste und, ihm aufliegend, bei bimanueller Untersuchung einen länglichen walzenförmigen, dem Uterus an Größe etwa entsprechenden Körper unterscheiden. Die Blutung stand nun vollkommen.

Die am nächsten Morgen am Tisch vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund:

35jährige Multipara, groß, kräftig gebaut, hager, muskelschwach, stark anämisch; Puls klein, 88, Temperatur 37,3°; Brüste schlaff, enthalten Colostrum. Herz und Lungen gesund. Bauchdecken schlaff und eingesunken, Hypogastrium weich, nicht druckempfindlich; Leistendrüsen kaum palpabel. Umgebung des äußeren Genitales stark beschmutzt, Haut hier stellenweise infiltrirt und geröthet. Große Labien normal, Nymphen geschwellt, auf der Vulvaseite intensiv geröthet und in ziemlicher Ausdehnung mit nekrotischem weißem Belage versehen. Scheide weit klaffend; Scheideneingang trägt eine Reihe missfarbig belegter Ulcerationen. Katheter entleert leicht flockigen, trüben Harn, dessen Infiltrat frei von Eiweiß und Zucker ist.

Die Schleimhaut der vorderen Scheidenwand ist, 1 cm hinter dem Bulbus urethrae beginnend, in ihrer ganzen Breite weit hinein oberflächlich nekrotisch, bedeckt mit festhaftendem weißem Gewebsschorfe.

Bei Untersuchung in Knie-Ellbogenlage sieht man im hinteren Antheile des Scheidengewölbes rechts knapp hinter der breiten, flachen Vaginalportion eine tiefe weitklaffende kraterförmige, über mannsfaustgroße Höhle, deren Rand rückwärts und seitlich von der intensiv gerötheten Schleimhaut des hinteren Scheidengewölbes gebildet wird, während sie nach vorn von der hinteren Muttermundslippe selbst begrenzt wird. Der Grund des im Ganzen halbkugeligen Hohlraumes wird zum großen Theile von der Rückseite der hinteren Cervixwand gebildet und ist durchwegs mit weißen nekrotischen Gewebsfetzen ausgekleidet, zwischen welchen stellenweise ein blassrosa gefärbtes Granulationsgewebe durchschimmert. Eben so ist die breite, niedere, trichterförmig klaffende Vaginalportion und zum Theile die Schleimhaut des hinteren Scheidengewölbes mit nekrotischem weißem Gewebsschorfe stellenweise bedeckt, nach dessen Wegwischen die intensiv rothe und blutende Schleimhaut vorliegt, während auf der linken Hälfte der Vaginalportion der, hier graue, Schorf festhaftet.

Die Sonde dringt in den Uterus auf 7,5 cm vor.

Auch im vorderen Scheidengewölbe finden sich theils nekrotische festhaftende Schorfe, theils blutende, oberflächliche Schleimhautdefekte.

In Steißrückenlage lässt sich im Simon'schen Speculum die breite und massige zweilippige Vaginalportion und an ihrer Rückseite rechts das mit nekrotischen Gewebsresten ausgekleidete tiefe Geschwulstbett einstellen.

Bimanuell lässt sich der derbe, plumpe, mäßig vergrößerte Uterus ziemlich beweglich durch das Scheidengewölbe deutlich nachweisen.

Der Verlauf war ganz fieberlos, die Schorfe stießen sich sehr bald ab, die an ihre Stelle tretenden Granulationsflächen benarbten oder überhäuteten sich. Das Geschwulstbett wandelte sich zu einem mit Granulationen ausgekleideten, sich rapid verkleinernden Trichter um.

Die Kranke erholte sich zusehends und konnte 14. April in vollkommenem Wohlbefinden entlassen werden.

Bei der Entlassung war der Uterus hochstehend und schräg retrovertirt, nach hinten ziemlich stark fixirt durch derbe, den Douglas überkreuzende perimetritische

Stränge; rechts hinter ihm fand sich im hinteren Scheidengewölbe ein buchtiger, mit Granulationen ausgekleideter, narbig eingezogener Trichter von 4 cm Länge und 1 cm Tiefe.

Eben so fanden sich Granulationsflächen am vorderen Saume der vorderen Muttermundslippe links und am unteren Theile der vorderen Scheidenwand.

Die Größenverhältnisse der Vaginalportion wie des Corpus uteri waren nahezu unverändert, der Uterus auf 7,5 cm sondirbar.

Anamnestisch ließen sich folgende Daten erheben:

Pat. hat 10 lebende Kinder spontan geboren, von welchen 3 in früher Kindheit starben.

Im 6. Monate der letzten Schwangerschaft trat heftige Genitalblutung ein, die vom Arzte durch Tamponade gestillt wurde; 10 Tage vor der Geburt neuerdings heftige Blutung.

Im Beginne der Geburt, die vor 18 Monaten erfolgte, fiel ein Gebilde vor die Schamspalte, das vom Arzt reponirt wurde.

Das reife Kind wurde lebend und spontan geboren, starb nach 8 Monaten; die Placenta wurde manuell gelöst.

Als Pat. nach 2 Monaten das Bett verließ, trat Etwas aus der Scheide vor, und suchte Pat. wiederholt wegen dieses Vorfalles, namentlich aber wegen zunehmender Harnbeschwerden, die 4mal Katheterismus erheischten, ärztliche Hilfe auf.

6 Monate p. p. kehrte die Periode zum ersten Male wieder.

Seit 2 Monaten liegt der Tumor beständig vor der Vulva; seit 1 Monat besteht zunehmende Jauchung.

Als ärztlicherseits unternommen Lösungsversuche erfolglos blieben, wurde Pat. per Bahn nach Sarajevo und zu uns überführt.

Die entfernte Geschwulst wiegt 950 g, ist missfarbig, penetrant stinkend und besteht zum größten Theile aus fetzigem nekrotischem Gewebe; nur an einer Seite, die ziemlich flach gewölbt erscheint, ist die Oberfläche des Tumors zusammenhängend und zeigt noch deutlich kleinlappigen Bau. Der fetzige Theil der Geschwulst müsste an eine Placenta erinnern, würde nicht die Konsistenz des zwar nekrotischen, jedoch noch immer ziemlich derben und nicht leicht zerreißlichen Gewebes dagegen sprechen.

Der Durchschnitt der noch ziemlich gut erhaltenen Geschwulsttheile zeigt faserige Struktur mit sehr zahlreichen Gewebs- und Gefäßlücken.

Der mikroskopische Befund von den noch relativ gut erhaltenen Theilen der Geschwulst hat zur Genüge erwiesen, dass dieselbe in allen ihren Bestandtheilen nichts Anderes als ein Fibromyom ist. An einzelnen Stellen konnte man noch Kernfärbung, sowohl der Rundzelleninfiltrate als auch der Muskelzellen erzielen.

Die bestimmte Angabe der Pat., dass der Vorfall das erste Mal im Beginne der letzten Geburt aufgetreten, spricht wie der klinische Befund dafür, dass das Myom schon ursprünglich in der hinteren Cervixwand seinen Sitz hatte. Doch muss es so hoch oben gesessen haben, dass es sich im Verlaufe der Geburt aus dem Becken emporschieben konnte, sonst wäre bei der bedeutenden Dimension des Tumors der Durchtritt der lebenden reifen Frucht ganz ausgeschlossen gewesen.

Trotzdem dürfte der Tumor durch die Kompression zwischen Uterus und hinterer Beckenwand während des Geburtsaktes in seiner Ernährung so sehr gelitten haben, dass direkt im Anschlusse an die Geburt wenigstens partielle Nekrose und weiterhin die Exfoliation des Tumors begonnen haben mag.

Das Wiederauftreten des Vorfalles nach dem Wochenbette, das allmähliche Tieferrücken desselben, endlich die im weiteren Verlaufe sich einstellenden bedeutenden Harnbeschwerden sprechen für diese Annahme. Als der Tumor dann einmal irreponibel vor der Vulva lag, trat, wohl in Folge der Verminderung des vorliegenden Poles die Jauchung desselben hinzu. Die fortschreitende Entzündung führte nun durch die sich hinzugesellende Nekrose des noch lebensfähigen Theiles der Geschwulst zur vollständigen Exfoliation derselben.

Wenn ich den Vorgang oben als »Selbstausstoßung« bezeichnet habe, so ist das in so fern nicht richtig, als ich durch die manuelle Durchtrennung des letzten

Zusammenhanges zwischen dem Tumor und seinem Bette diesen Process künstlich beschleunigte. Sicher wäre diese Ausstoßung aber in ganz kurzer Zeit spontan erfolgt.

Die Untersuchung der Kranken unmittelbar nach der Entfernung des Tumor resp. am folgenden Morgen erwies den Uterus als gut beweglich, während er drei Wochen später durch derbe, den Douglas überkreuzende perimetritische Stränge nach hinten ziemlich stark fixirt erschien. Dieser Widerspruch findet seine Erklärung ungezwungen in dem Umstande, dass nach Entfernung der Geschwulst, der früheren Überdehnung der Ligamente und perimetritischen Adhäsionen die Schrumpfung derselben auf dem Fuße folgte.

Abgesehen von dem Processe der Selbstausstoßung des Myoms erscheint in unserem Falle der Sitz des Tumors von Interesse, als welcher nothwendigerweise die hintere Cervixwand angenommen werden muss, dabei das Fehlen anderer Myome, so weit sich dies nachweisen ließ, wie der Deformirung des Uterus; endlich auch die spontane Geburt eines lebenden Kindes ungeachtet des offenbar vorhandenen Geburtshindernisses.

II. Noch ein Fall einer totalen vaginalen Exstirpation einer während der Geburt rupturirten Gebärmutter.

Von

Privatdocent A. J. Iwanow,

dirigirender Arzt des städtischen Gebärhauses zu Kiew.

In No. 2 dieses Blattes 1899 veröffentlichte ich einen Fall einer Totalexstirpation der Gebärmutter per vaginam bei Zerreißung derselben während der Geburt. Seit dieser Zeit sind 2 neue Fälle publicirt. Einer von A. Solowij[1] aus der unter Leitung des Prof. Czyżewicz stehenden Hebammenschule zu Lemberg. Der Fall endigte letal. Sektionsbefund: Peritonitis diffusa incipiens, laceratio peritonei et haematoma in regione ossis ilei sinistri, degeneratio acuta organorum, oedema pulmonum. Solowij verweist auf die ungenügende Übersichtlichkeit des Operationsfeldes bei vaginaler Totalexstirpation der Gebärmutter und meint, dass bei vorgenommener Laparotomie man die Pat. retten könnte. Auf Grund des Sektionsbefundes meine ich aber, dass auch bei Laparotomie Collapserscheinungen und Tod noch früher eintreten könnten, sofort nach Eröffnung der Bauchhöhle auf dem Operationstische. Der 2. Fall ist von Mertens[2] publicirt, verlief günstig.

Es wurde somit die totale Vaginalexstirpation bei Gebärmutterzerreißung während der Geburt 8mal ausgeführt: 2mal von Winter, je 1mal von Chrobak, Neugebauer, Solowij, Mertens und 2mal von mir, ohne die Fälle von vaginaler Totalexstirpation am Ende der Schwangerschaft und vaginalem Kaiserschnitte nach Dührssen bei Uteruscarcinom zu rechnen (Dührssen, Fritsch, Seiffert u. A.). Die Seltenheit dieser Operation kann man durch die Seltenheit der Uterusruptur überhaupt und durch die Strenge der Indikation erklären.

---

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 13.

[2] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1899. August.

Mein zweiter Fall ist folgender:

Anna T., 27 Jahre alt, Wäscherin. Erste Menstruation im 14. Lebensjahre, letzte im Oktober 1898. 2 Monate vor der Geburt starker Husten (Bronchitis). In der 2. Hälfte der Schwangerschaft gelber Ausfluss. Die Wehen traten am 23. Juni v. J. ein. Die Frucht lag nach Aussage der Pat. in Querlage mit vorgefallenem Arme. Die Wehen waren sehr kräftig und die anwesende, nicht gelernte Hebamme massirte immer den Leib. Nachts fühlte die Pat. starke Schmerzen im unteren Theile des Leibes; es trat Blutung ein und die Frau kollabirte. Am 24. Juni um 5 Uhr 30 Minuten Morgens wurde die Frau in das Gebärhaus aufgenommen. Die Frau sehr anämisch; Puls schwach, 120 in der Minute; der Leib sehr schmerzhaft. Bei der äußeren Untersuchung fühlte man kleine Theile. Aus der Vagina fließt Blut. Bei der inneren Untersuchung konnte man eine Zerreißung der ganzen Cervix und des unteren Theiles des Körpers linkerseits konstatiren. Placenta lag in der Vagina; die Frucht in der Bauchhöhle; Uterus kontrahirt. Auf der Portio vaginalis zahlreiche Erosionen; eitriger Ausfluss (wahrscheinlich Gonorrhoe).

Ich beschloss, den Uterus per vaginam zu exstirpiren. Vor der Operation wurden subkutan 2 Spritzen Kampheräther und 500,0 g physiologischer Kochsalzlösung injicirt. Leichte Chloroformnarkose. Die Frucht wurde am Fuße extrahirt, wobei die Extraktion, besonders der Schultern und des Kopfes, wegen zu kleiner Öffnung im linken zerrissenen Gewölbe sehr erschwert war. Der Uterus wurde nach allgemeinen Regeln entfernt. Nach Entfernung der Gebärmutter wurden aus dem Cavum Douglasii eine Menge Blutgerinnsel und ein wenig Mekonium entfernt. Der untere Theil der Bauchhöhle wurde durch die Vagina mit steriler Gaze tamponirt.

Die Frucht männlichen Geschlechts, 3600 g schwer, 51 cm lang, Kopfumfang 36 cm, Brustumfang 35 cm; Placenta wiegt 650 g; Nabelschnurlänge 58 cm.

Um 12 Uhr Erbrechen, welches den ganzen Tag dauerte. Am 3. Tage, 48 Stunden nach der Operation, wurden die Klemmen entfernt und die Drainage gewechselt. Am Abend dieses Tages war die Temperatur 38,5°. Am 4. Tage nach der Operation Stuhlgang. Bei dem Drainagewechsel wurde außer Blutcoagula auch Mekonium bemerkt. Am 6. Tage Kalomel. Die Drainage wurde täglich gewechselt. Die Eiterung wurde zuerst am 5. Tage nach der Operation bemerkt. Während der ersten 11 Tage fieberte die Pat., die höchste Temperatur war 39,6°. Am 14. Tage nach der Operation verließ die Pat. das Bett und am 30. Tage vollständig gesund das Gebärhaus.

Zu dem von mir schon früher[3] Gesagten habe ich nichts Neues hinzuzufügen. Die Leichtigkeit und Schnelligkeit der Operation ist von Allen, die nach dieser Methode operirten, anerkannt. Der Vorzug dieser Operation ist der, dass die Kranke viel weniger der Gefahr der Infektion ausgesetzt ist. Außerdem lege ich viel Gewicht auf die Drainage der Bauchhöhle per vaginam.

---

1) P. Zweifel. Operationes tocologicae.

Tabulae XXX. in usum studiosorum medicinae, qui in operationibus perpetrandis phantomate adhibito exercentur.

Leipzig, S. Hirzel, 1899.

In dem prachtvollen Bilderwerk hat Z. ein Unterrichtsmittel allerersten Ranges geschaffen, welches von Lehrern und Schülern mit Dank begrüßt werden wird. Wie sehr das Werk den geburts-

[3] Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 2.

hilflichen Unterricht zu fördern vermag, dessen wird man sich erst dann ganz bewusst, wenn man die einzelnen von Künstlerhand entworfenen und in natürlicher Größe ausgeführten Abbildungen als Wandtafeln beim Vortragen der geburtshilflichen Operationslehre vor Augen hat. Ref. hat schon seit längerer Zeit die meisten Tafeln in seinen Vorlesungen benutzen können und dadurch eine Erleichterung bei dem Unterrichten empfunden, die er nicht wieder entbehren möchte.

Auf den ersten fünf Tafeln wird das Anlegen und die Ausführung der typischen Beckenausgangszange erläutert. Die einzelnen Bilder, auf welchen die Einführung des rechten Zangenlöffels, die Schließung der Zange im queren Durchmesser, der Probezug und der Übergang der Zangengriffe in II. und III. Position vorgeführt werden, sind ungemein plastisch gezeichnet.

Die Tafeln 6—9 illustriren die Entwicklung des kindlichen Kopfes mit der Zange bei I. tiefem Querstand nach dem Modus von Lange. Z. lässt das »vordere Blatt«, welches in diesem Falle das rechte Hirnbein und einen Theil des rechten Scheitelbeines fasst, stets zuerst und direkt (ohne Wanderung) an die Stelle zwischen Kopf und Becken hinführen, an welcher der Löffeltheil des Zangenblattes bei dem Schließen des Instrumentes liegen muss.

Sehr anschaulich ist auf Tafel 7 und 8 die Lage der Zange im II. schrägen Durchmesser des Beckens dargestellt. Die rechte Hand des Operateurs ist im Begriff, durch die entsprechende Drehung die Stellung des Kopfes zu korrigiren. Der Zeigefinger der linken Hand kontrollirt dabei die Drehung des Hinterhauptes nach vorn. Damit der Kopf die Vulvarspalte in völliger Geradstellung passirt, werden die Zangengriffe (Tafel 9) nach der rechten mütterlichen Schenkelbeuge gehoben.

Auf den folgenden vier Tafeln ist die Entwicklung des kindlichen Kopfes mit der Zange bei Vorderhauptstellung wiedergegeben.

In Z.'s Lehrbuch findet sich schon die Vorschrift, man solle an der Zange immer in der Richtung zielen, welche von den Griffen des gut schließenden Instrumentes angezeigt wird. Diese Lehre hat ihre ganz besondere Bedeutung für die Zange bei Vorderhauptstellung. Der Anfänger hat immer die Neigung, bei dieser Operation zu lange direkt nach unten zu zielen; sehr häufig kommt es in Folge dessen zu dem bekannten fehlerhaften Austrittsmechanismus des kindlichen Kopfes, bei welchem statt der Haargrenze, die Gegend der Nasenwurzel sich am unteren Symphysenrande anstemmt. Vor diesem fehlerhaften Zug warnt die Zeichnung auf Tafel 10.

Auf eine Besonderheit in seiner Zangentechnik bei Vorderhauptstellung, welche bisher noch nicht publicirt ist, macht Z. auf den Tafeln 11 und 12 aufmerksam. Bei dem Erheben der Zangengriffe in die III. Position verschieben sich, da die Exkursionsfähigkeit des schon stark gebeugten kindlichen Kopfes eine ganz geringe

ist, die Zangenlöffel am kindlichen Kopfe häufig so, dass die Löffelspitzen das Hinterhaupt überragen, die hintere Scheidenwand stark anspannen und in die Schleimhaut einschneiden. Hierdurch und durch die dann vielfach zu rasch erfolgende Entwicklung des Hinterhauptes kann es zu ausgedehnten Verletzungen der mütterlichen Weichtheile kommen. Z. vermeidet dies dadurch, dass er, sobald die Haarstirngrenze am unteren Symphysenrande angekommen ist, mit dem mit Gummiüberzug versehenen Zeigefinger der linken Hand in das Rectum eingeht und die Lage der Löffelspitzen kontrollirt. Sobald der im Rectum befindliche Finger hinter der Protuberantia occipitalis externa einen sicheren Halt gewinnt, so dass er allein den Kopf weiter entwickeln kann, lässt die rechte Hand die Griffe der Zange so lose, dass das Instrument im Schloss aufspringen kann. Natürlich werden die Griffe von der Hand nicht ganz freigegeben, damit bei jeder Neigung des Kopfes, wieder zurückzuweichen, die von Neuem geschlossene Zange sofort den Kopf wieder leitet.

Auf den folgenden Tafeln (14—22) sind die verschiedenen Arten der Wendung bei dorsoanterioren und dorsposterioren Schieflagen der Frucht illustrirt. Auch bei den dorsoposterioren Schieflagen lässt Z. ganz allgemein auf den unteren Fuß wenden, weil, wenn gleichzeitig ein Arm vorgefallen ist, bei dem Erfassen des oberen Fußes durch die Kreuzung der ungleichnamigen oberen und unteren Extremität die Umdrehung des torquirten Fruchtkörpers sehr erschwert oder unmöglich werden kann, der Schüler aber durch mehrere variirende Vorschriften verwirrt wird. Die günstige Wirkung des Zuges am oberen Fuße bei dorsoposterioren Schulterlagen ohne Armvorfall anerkennt Z. durchaus in der sehr plastisch wirkenden Tafel 16, zeigt allerdings auf Tafel 18 und 19 auch, wie man nach der Wendung auf den unteren Fuß in sehr einfacher Weise die ungünstige Hüftstellung der Frucht korrigiren kann.

Bei der Darstellung der kombinirten Wendung (Tafel 21 und 22) ist das Zusammenarbeiten der äußeren und inneren Hand des Operateurs besonders anschaulich gezeichnet.

Ganz vorzüglich sind die Bilder der Tafeln 23 und 24, durch welche die Lösung der hochgeschlagenen Arme bei Entwicklung der Frucht in Beckenendlage demonstrirt wird. Bei der Rotation des Rumpfes vor der Lösung des ursprünglich vorn liegenden Armes müssen beide Hände des Operateurs den kindlichen Thorax voll umspannen und die Daumen zur Fixation des Schultergürtels fest auf die Scapulae aufgedrückt werden. Nur bei diesem Handgriff ist ein gründlicher Einfluss auf den mitzudrehenden Arm zu erhoffen und gleichzeitig die Läsion kindlicher Theile, besonders der Baucheingeweide sicher ausgeschlossen.

Die Tafeln 25 und 26 zeigen die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes vermittelst des Handgriffes von Mauriceau-Levret, dessen Wirksamkeit durch den Druck einer dritten Hand von den Bauchdecken der Mutter aus noch erhöht wird. Z. lehrt und verwendet

übrigens auch den Wigand-Martin-Winckel'schen Handgriff allein, der nur aus Sparsamkeitsrücksichten keine besondere Darstellung gefunden hat.

Die 4 letzten Bilder sind den zerstückelnden Operationen gewidmet, welchen Z. bekanntlich in den letzten Jahren sein besonderes Interesse zugewendet hat. In Sachsen, dem Lande des engen Beckens, wo der Kaiserschnitt und die Symphyseotomie besonders ausgebildet wurden, empfindet der Geburtshelfer auch in höherem Maße wie anderwärts das Bedürfnis, die Zerstückelungsoperationen technisch immer weiter auszubauen, und so konstruirte Z. seine bekannten neuen Instrumente, den dreiblättrigen Craniocephaloklasten und den Trachelorrhektor.

Auf der Tafel 27 hat der Kolbenbohrer es ersteren schon die Perforation vollendet und einen Halt im Foramen magnum gefunden. Das erste gefensterte Blatt, über das Hinterhaupt eingelegt und gegen das Terebellum herangeschraubt, fixirt mit dem Kolbenbohrer zusammen den kindlichen Kopf so gut, dass nun das Anlegen des zweiten breiteren gefensterten Blattes über das Gesicht ohne Schwierigkeiten durchführbar und die Zertrümmerung der Schädelbasis gesichert ist. Auf der nächsten Abbildung sieht man dasselbe Instrument nach Ausschaltung des Kolbenbohrers und Einfügung der Schaltplatte als Kephalothryptor am nachfolgenden kindlichen Kopfe wirken.

Die beiden letzten Tafeln zeigen endlich die Anwendung des Trachelorrhektors. Die Trennung der Wirbelsäule kann ohne Deckung des Instrumentes erfolgen, da die Haken des Trachelorrhektors sicher innerhalb der Weichtheile des Halses ihre Bewegung ausführen.

Außer dem Herausgeber des Werkes schulden Lehrer und Schüler auch der Verlagsbuchhandlung Dank, welche die Tafeln bei prächtiger Ausstattung so preiswerth herstellte, dass ihre allgemeine Einführung in die geburshilflichen Unterrichtsanstalten nur eine Frage der Zeit sein kann.

Menge (Leipzig).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 11. Mai 1900.

Vorsitzender: Herr Paul Ruge, später Herr Odebrecht.

Schriftführer: Herr Flaischlen, später Herr Gebhard, zeitweise Herr Strassmann.

Demonstration von Präparaten.

Herr Saniter demonstrirt eine von ihm konstruirte, nach Art eines Deschamps geformte Nadel, die jedoch keinen Stiel hat, sondern statt dessen eine kleine geriffelte Platte trägt, die in jeden beliebigen Nadelhalter (außer Hagedorn) hineinpasst. Die Nadel lässt sich als Rechts- und als Links-Deschamps verwenden; auch lässt sie sich in jede schräge Stellung zum Nadelhalter bringen. Das In-

strument ist sehr klein und leicht, so dass es sich für chirurgische und geburtshilfliche Bestecke eignet. Als Vorzug kommt endlich der niedrige Preis in Betracht.

Herr Steffeck demonstrirt ein Carcinom des Colon descendens, das er vor einigen Tagen bei einem 19jährigen Mädchen exstirpirt hat. Die Pat. kam vor $1/2$ Jahr in Behandlung wegen geringer Beschwerden im Unterleibe. Es fand sich damals ein hühnereigroßer, harter, beweglicher Tumor vor dem Uterus, der für ein Dermoid gehalten wurde. Bei der Kolpotomia anterior aber erwiesen sich beide Ovarien als gesund. Wegen der relativ geringen Beschwerden wurde auf die Laparotomie damals verzichtet. Vor 5 Wochen erkrankte die Pat. unter Ileuserscheinungen mit 10 Tage anhaltendem Kotherbrechen. Endlich, am 11. Tage, erfolgten nach hohen Eingüssen zahlreiche Entleerungen, bei denen ein fingerdickes Gewebsstück aus der Darmwand ausgestoßen wurde. Mikroskopisch ergab sich Carcinom.

Bei der Laparotomie präsentirte sich ein jetzt faustgroßer Tumor im Colon descendens, der innig mit Blase und Dünndarm verwachsen war. Die Lösung der sehr festen Adhäsionen war zum Theil sehr schwierig und ohne Verletzung des Dünndarmes nicht ausführbar. Nach Vernähung der Dünndarmverletzungen und nach völliger Lösung aller anderen Adhäsionen ließ sich der Tumor ganz aus der Bauchhöhle herausziehen. Die Bauchwunde wurde provisorisch geschlossen, der Dickdarm oberhalb und unterhalb des Carcinoms doppelt abgeklemmt und hierauf die Resektion eines etwa 15 cm langen Darmstückes ausgeführt. Nach Vernähung des Mesenteriums wurden die Darmenden in der Weise vereinigt, dass cirkulär Muskulatur und Serosa durch Seidenknopfnähte gefasst und adaptirt wurden und dass über dieser ersten Nahtreihe eine Lembertnaht gelegt wurde. Die Nahtstelle des Darmes wurde zu beiden Seiten mit Jodoformgaze nach außen drainirt und die Bauchwunde bis auf den untersten Wundwinkel geschlossen. — Verlauf ohne jede Störung; am 3. Tage Flatus; am 9. Tage spontan Stuhlgang.

Diskussion: Herr Czempin empfiehlt, um eine Schädigung des Darmes durch das Abklemmen zu vermeiden, die Klemmen stets dick mit Gaze zu umwickeln.

Herr Seydel demonstrirt:

1) einen Uterus, welcher ein etwa erbsengroßes malignes Adenom enthält; letzteres war vor der Operation mit Hilfe des Probecurettements diagnosticirt worden.

2) einen Fall von malignem Adenom des Corpus uteri, in welchem die Neubildung die Höhle des Uterus ausfüllt und ausdehnt, ohne destruirend in die Wandung desselben einzudringen.

3) ein mikroskopisches Präparat von einem Scheidencarcinom; letzteres entwickelte sich, nachdem reichlich vor Jahresfrist der Uterus wegen beginnenden Adenocarcinoms des Corpus mittels der vaginalen Methode entfernt worden war, und wird als Metastase des Uterustumors aufgefasst.

Herr Gebhard: Demonstration eines im 3. Monate schwangeren Uterus.

Der wegen Carcinoms der Portio von Herrn Dr. Gottschalk in Frankfurt a/M. exstirpirte Uterus ist im 3. Monate schwanger und zeigt die Eigenthümlichkeit, dass sich die Deciduabildung nicht allein auf den entfalteten Theil des Corpus beschränkt, sondern noch weiter hinabreicht bis scheinbar in den Cervicalkanal hinein. G. legt klar, dass diese Erscheinung nur daher rührt, dass noch nicht das ganze Corpus uteri in seinem unteren Abschnitte entfaltet ist, und dass thatsächlich das Orificium internum an der Grenze zwischen Decidua und Cervixschleimhaut liegt.

Diskussion: Herr Gottschalk betont, dass die Erweiterung der Gebärmutterhöhle in den ersten 3 Monaten wesentlich auf aktivem Wachsthume der Wandungen unter dem Einflusse der aktiven Schwangerschaftshyperämie beruhe, weniger auf Dehnung von Seiten des die Höhle ja noch nicht ganz ausfüllenden zarten Eies.

Herr Carl Ruge schließt sich den Ausführungen des Herrn Gebhard völlig an; bis jetzt ist eine Umwandlung der Cervicalschleimhaut in eine regelrechte Decidua, eine Umwandlung des oberen Theiles der Cervix in ein unteres Uterinsegment nicht bewiesen. — Die Demonstration des Herrn Gebhard spricht für die von Veit ausgesprochene Beobachtung über das Verhalten des unteren Theiles des Corpus.

3) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 20. Februar 1900.

Vorsitzender: Lihotzky; Schriftführer: Halban.

I. Waldstein: a. Endresultate der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses mit Krankenvorstellung (erscheint ausführlich im Archiv für Gynäkologie).

Diskussion: Wertheim erwähnt, dass er seit ca. 2 Jahren in allen Fällen von Uteruscarcinom, in denen eine Radikaloperation noch möglich erscheine, die regionären Drüsen bis zur Aorta hinauf und die beiden Parametrien möglichst vollständig mit exstirpire. Er verfolge hierbei einen doppelten Zweck: 1) Die Erreichung besserer Dauererfolge, 2) die systematische Untersuchung der exstirpirten Drüsen. Ersteres könne natürlich erst nach längerer Zeit sich entscheiden, letzteres erreiche er durch die histologische Untersuchung in Serienschnitten.

Die Operationstechnik gestaltet sich wie folgt:

1) Freilegung beider Ureteren bis zum Eintritt in die Blase und Abpräpariren der letzteren bis unter das Scheidengewölbe.

2) Ligatur und Durchtrennung der Ligamenta infundibulo-pelvica und rotunda, worauf der Finger längs des Ureters vordringend die Art. uterina auf sich lagert, welche ebenfalls ligirt und durchtrennt wird.

3) Der so aus dem Parametrium befreite Ureter wird zur Seite geschlagen und nun zur Excision des Uterus sammt möglichst viel anhängendem Zellgewebe und Scheide geschritten.

4) Herauspräpariren der Drüsen, wobei naturgemäß alle Gefäße des Beckens bloßgelegt werden müssen.

5) Drainage der Vagina und darüber vollständiger peritonealer Abschluss, wodurch auch die Ureteren und die Gefäße wieder von Peritoneum gedeckt sind. Dass bei einer so eingreifenden und mühsamen Operation die momentanen Resultate nicht so gute sein können, wie bei der einfachen vaginalen oder abdominalen Uterusexstirpation, sei selbstverständlich. Herzschwäche, Chok, Anämie spielen da unmittelbar nach der Operation eine um so gefährlichere Rolle, je weiter das Carcinom vorgeschritten war. Doch hat sie Wertheim, wie er betont, in der Technik schon so weit vervollkommt, dass er, während die ersten Operationen ca. 2½ Stunden dauerten, jetzt in Fällen mit wenig Fett in 1—¾ Stunden fertig war. Demgemäß seien auch die momentanen Erfolge außerordentlich viel bessere als Anfangs, und Wertheim hofft in dieser Beziehung noch mehr zu erreichen.

Auf Zahlen wolle er sich momentan nicht einlassen, er werde das ganze Material demnächst in extenso veröffentlichen.

Obwohl die histologischen Untersuchungen, die natürlich außerordentlich viel Zeit beanspruchen, in hingebungsvoller Weise von dem Assistenten des Laboratoriums durchgeführt werden, noch nicht ganz abgeschlossen sind, könne er doch jetzt schon die Resultate derselben als höchst bemerkenswerth bezeichnen. Während in manchen sehr weit vorgeschrittenen Fällen (einzelne derselben waren von sehr renommirten Operateuren als inoperabel zurückgewiesen worden) die Drüsen frei von Carcinom gefunden wurden, waren andererseits gerade bei recht beginnenden Fällen selbst sehr entlegene Drüsen bereits carcinomatös.

In Bezug auf die Parametrien dürfte die histologische Untersuchung ergeben, dass die Palpation (auch vom Rectum her) unerlässlich sei: sehr harte und massige Parametrien, die zur ausgesprochenen Fixirung des Uterus an der Beckenwand

geführt hatten, und die man nach der herrschenden Anschauung für carcinomatös halten musste, hatten sich als carcinomfrei erwiesen, und umgekehrt habe Wertheim in scheinbar ganz freien, vollständig nachgiebigen, weichen Parametrien mit Carcinom erfüllte Lymphbahnen feststellen können.

Wertheim glaubt auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen schon jetzt auf eine Modifikation der Indikationsstellung dringen zu sollen. Man solle in erster Linie den Kräftezustand der Pat. abwägen, nämlich ob er ausreicht für eine wirklich radikale Operation. In zweiter Linie müsse natürlich der lokale Befund in Betracht kommen, wobei man aber, wenn nur der Kräftezustand ein günstiger ist, sich nicht allzu enge Grenzen zu stecken brauche.

Ob er nun in Zukunft immer abdominal vorgehen und die vaginale Uterusexstirpation bei Carcinom ganz aufgeben werde, könne er heute noch nicht entscheiden. W. meint, dass es vielleicht gelingen werde, diesbezüglich eine genauere Scheidung etwa auf Grund der histologischen Untersuchung vorher probeexcidirter Carcinompartikelchen durchzuführen, so dass man dann einzelne Fälle der abdominalen, andere der vaginalen Methode unterwerfen könnte.

Waldstein bemerkt, dass speciell die abdominale Totalexstirpation auf dem Amsterdamer Kongresse und wiederholt in der Pariser chirurgischen Gesellschaft zur Diskussion gelangt sei. Aus den diesbezüglichen Referaten konnte W. 61 Fälle von abdominaler Totalexstirpation mit Ausräumung des Beckens und genaueren Angaben des Befundes in Erfahrung bringen. Die Operationsresultate sind zu weiteren Schlüssen nicht verwerthbar, da die Indikationsstellung der einzelnen Operateure weit divergirt. So hat Terrier 15 Fälle operirt, davon starben 3 im Anschlusse an die Operation, 9 an Recidiven. Andererseits verlor Jakobs von 23 Fällen nur einen an den Folgen der Operation, kein einziger starb im Verlaufe von 18 Monaten an Recidiv.

Für die Bewerthung der abdominalen Operation bildet heute, da Dauerresultate noch nicht vorliegen, jedenfalls die sicherste Basis eine sorgfältige Untersuchung der Lymphdrüsen, wie sie von den Franzosen, Deutschen und Belgiern ausgeführt wurde, und zwar mit ähnlichen Ergebnissen, wie von Wertheim.

Waldstein: b. Demonstration histologischer Präparate.

W. demonstrirt histologische Präparate, der Portio vaginalis einer VIgebärenden entstammend. Die betreffende Frau wurde am 15. Januar 1900 gebärend in der Klinik des Prof. Schauta aufgenommen. Es wurden an ihr Zwillinge, von denen sich der erste in Querlage I. Position und der zweite in Beckenendlage II. Position befand, diagnosticirt. Der Blasensprung erfolgte 3 Stunden vor ihrer Aufnahme in die Anstalt. Am 15. Januar um $^{3}/_{4}$12 Uhr Nachts wurde die Wendung der 1. Frucht durch kombinirte Handgriffe ausgeführt und wegen Lebensgefahr der Frucht die Extraktion angeschlossen. Nach der Extraktion mäßig starke Blutung. Dieselbe erschien durch den tiefen Lateralsitz der Placenta, von dem man sich gelegentlich der Wendung überzeugen konnte, erklärt, und so wurde durch Herabholen eines Fußes und Einleiten des Steißes der 2. Frucht dieselbe gestillt. Durch 2 Wehen wurde die Frucht bis zum Steiße geboren, worauf Manualhilfe geleistet wurde. Spontaner Abgang zweier Placenten. Der Uterus gut kontrahirt, doch hielt eine mäßig starke Blutung weiter an. Behufs Revision des Muttermundsaumes wurde derselbe durch Spateln eingestellt und einerseits ein kurzer, verhältnismäßig aber stark blutender Cervixriss nach links hinten konstatirt, andererseits erschien der Muttermundsaum auf seiner vaginalen Fläche eigenthümlich höckerig, von weißen Plaques bedeckt. Behufs histologischer Untersuchung des Portiogewebes wurde eine Probeexcision aus dem vorderen Antheile des Muttermundsaumes gemacht. Verschluss der Excisions- bezw. Risswunde durch mehrere Knopfnähte. An histologischen Schnitten durch das excidirte Gewebe gewinnt man das typische Bild einer in Ausheilung begriffenen Erosion. Die plaqueförmigen Erhabenheiten erweisen sich als Plattenepithelinseln, von denen der Ausheilungsprocess ausging.

Das Wesentliche des Falles besteht aber darin, dass man in größeren und kleineren Nestern decidual umgewandeltes Stromagewebe in der Umgebung des

äußeren Muttermundes an seiner cervicalen Oberfläche und weiterhin unter der »erodirten Fläche« der Portio vaginalis konstatiren kann, und zwar sind es gerade die oberflächlichsten Schichten des Stromas, die diese Umwandlung aufweisen. Nach v. Franqué konnten derartige deciduale Veränderungen an der Cervicalschleimhaut — in unserem Falle nicht nur im Bereiche der Cervicalschleimhaut, sondern auch im vaginalen Antheile der Portio vaginalis uteri — nur in 2 Fällen mit Sicherheit nachgewiesen werden.

Als 3. Fall ist der von v. Weiss (Placenta cervicalis) und als 4. Fall der unserige den Fällen von Deciduabildung in der Cervix anzufügen. Hierbei muss aber besonders hervorgehoben werden, dass es in den Fällen von v. Franqué und in dem unsrigen nicht zur Bildung einer Membrana decidua gekommen ist, sondern nur zu herdförmig umschriebenen Umwandlungen an einzelnen Stellen der Cervix. Es steht diese Umwandlung des Stromagewebes in Decidualgewebe auf gleicher Höhe mit den Befunden von Mandl, Göbel, Veit, die Deciduabildung in den Tuben bei Intra-uterin-Gravidität konstatiren konnten, eben so wie Webster bei Gravidität der einen Seite deciduale Umwandlung in den Tuben fand als Ausdruck einer Fernwirkung des Graviditätreizes, wie wir ihn bei Extra-uterin-Gravidität hinsichtlich der Deciduabildung im Uterus regelmäßig zu finden gewohnt sind. Mit Rücksicht auf den Umstand, dass es in den v. Franqué'schen Fällen so wie in dem unsrigen nicht zur Bildung einer Membrana decidua cervicalis gekommen ist, sind diese Befunde gewiss nicht geeignet, die jüngst von Wilhelm Ponfick aufgestellte Behauptung, dass jede Placenta praevia eine Placenta cervicalis im weitesten Sinne wäre, zu stützen. Wohl scheint aber die hochgradige Vaskularisation der Cervix — in unserem Falle war die Sache durch den tiefen Lateralsitz der Placenta begründet —, so wie es auch v. Franqué annimmt, mit der decidualen Umwandlung des Cervixgewebes in ätiologischem Zusammenhange zu stehen.

Gersuny: Demonstration eines Präparates.

G. demonstrirt ein excidirtes Magengeschwür. Die jetzt 38jährige Kranke hatte seit 13 Jahren sehr häufiges Erbrechen und Magenschmerz und besonders Schmerzen in der unteren Bauchgegend; zur Zeit der Menstruation steigerten sich die Beschwerden, erlitten aber einmal eine mehrmonatige Unterbrechung, als die Pat. eine schwer kranke Verwandte pflegte. Diese Umstände ließen auf eine hysterische Grundlage des Leidens schließen und berechtigten zu der Annahme, dass die beschriebenen Reflexe von den scheinbar vergrößerten und druckempfindlichen Ovarien abhängig seien. Bei der vor 4 Jahren vorgenommenen Laparotomie fand der Operirende beide Ovarien (besonders dicht aber das rechte) von Pseudomembranen umhüllt. Die Exstirpation beider Ovarien hatte keinen Erfolg. Die Schmerzen in der unteren Bauchgegend dauerten fort. Das Erbrechen wurde noch häufiger, so dass die Kranke arbeitsunfähig war und auf das Äußerste abmagerte. Als G. sie (vor 3 Monaten) kennen lernte, hatte sie einen fast hühnereigroßen Tumor im linken Epigastrium und große Druckempfindlichkeit an symmetrischen Stellen in der Coecal- und in der Flexurgegend.

Die Laparotomie (November 1899) ergab fadenförmige Netzadhäsionen am Beckenboden und an der vorderen Bauchwand, eine fadenförmige Adhäsion des untersten Ileum am Beckenboden, Pseudomembranen am Coecum und am Appendix, welcher 2 Kothsteine enthielt, Pseudomembranen an der Flexur: eine Verwachsung mit dem linken Lig. latum und die von G. als typisch beschriebene Adhäsion am proximalen Schenkel der Flexur. Nach Lösung dieser Verwachsungen und Aufrichtung des retrovertirten Uterus durch Faltung der Ligg. rotunda wurde der Bauchschnitt über den Nabel hinauf verlängert und der Tumor im linken Epigastrium untersucht; dieser war von der schwielig verdickten vorderen Wand des Magens gebildet und mit dem Peritoneum parietale innig verwachsen. Die Excision des kranken Theiles der Magenwand schien eine zu starke Zumuthung an die Kräfte der Kranken, es wurde desshalb die Gastroenterostomie gemacht, nachdem man sich überzeugt hatte, dass der Magen durch das Geschwür nicht allzu sehr verengert war. Um den therapeutischen Erfolg in Bezug auf das Ulcus

zu sichern, wurde (nach Witzel's Vorschlag) ein Drain durch die Anastomose in das Jejunum gelegt und durch eine Öffnung in der vorderen Wand des Magens nach außen geführt. Durch dieses Drain wurden der Kranken 4 Wochen lang die Nahrungsmittel direkt in das Jejunum eingegossen. Als die Ernährung wieder durch den Mund stattfand, dauerte das Wohlbefinden noch etwa einen Monat lang an, dann begann wieder das Erbrechen, zu dem sich heftige Magenschmerzen gesellten. Das Erbrochene bestand meist nur aus Schleim. Die dem Ulcus entsprechende Geschwulst, welche in der Zeit der Besserung kleiner geworden war, nahm wieder zu und wurde druckempfindlich, so dass der Kranken endlich die Excision des Geschwüres vorgeschlagen wurde.

Bei der am 13. Februar 1900 vorgenommenen Operation (der 3. Laparotomie an der Kranken) wurde der Tumor von der vorderen Bauchwand abgelöst, dann wurde nach präventiven Umstechungsligaturen in einem Theile des Umkreises der harten Stelle die Excision zwischen der Geschwulstgrenze und den Ligaturen begonnen und nach dem Abklemmen des Magens an dem hinter dem Ulcus gelegenen Theile des Magens vollendet. Nun ergab sich, dass nach der Excision des, wie das Präparat zeigt, nicht sehr großen Stückes 2 große Magenquerschnitte vorlagen, dass also seit der Operation im November die Verengerung des Magens durch das Geschwür einen beträchtlichen Grad erreicht hatte, dass ein Sanduhrmagen sich entwickelt hatte. Das untere Lumen führte zur großen Curvatur und zu der für den Zeigefinger leicht durchgängigen, scharfrandigen Anastomose, durch das obere Lumen gelangte der Finger in den weiten Fundus ventriculi. Es wurde wieder ein Drain in das Jejunum gelegt und durch den Magen herausgeleitet, dann wurden die Magenhälften vereinigt und die Bauchwunde geschlossen. Der Verlauf ist bisher — es sind seit der Operation 8 Tage verflossen — ein günstiger, und man darf nun wohl auf dauernde, vollständige Heilung hoffen.

Diese Krankengeschichte ist besonders belehrend, indem sie zeigt, welche diagnostischen Schwierigkeiten dadurch entstehen können, dass sekundäre Symptome das ganze Krankheitsbild beherrschen.

Anfangs deuteten die Erscheinungen auf eine Genitalaffektion; dann fand man (während der 2. Operation) den Appendix erkrankt, und unmittelbar danach ergab sich ein Ulcus ventriculi als die Quelle aller Leiden. G. legt besonderes Gewicht darauf, dass der Fall auch die Art der Entstehung und die Gründe für die Lokalisation von peritonealen Adhäsionen illustrirt und seine Anschauungen darüber (s. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIX Hft. 1) zu stützen scheint.

Hitschmann: Demonstration.

H. demonstrirt ein Myom, das einer 52jährigen, seit 2 Jahren in der Menopause stehenden Frau entstammt. Dieselbe war, von Kinderkrankheiten abgesehen, bis in die letzte Zeit gesund gewesen, hatte eine vollständig regelmäßige Periode von 4wöchentlichem Typus und 8tägiger Dauer. Die Blutung war eine mäßige, keine Schmerzen.

Seit 2 Jahren cessiren die Menses.

8 spontane Entbindungen am normalen Ende, Wochenbetten zumeist febril.

1 Jahr nach dem Cessiren der Menses traten zum ersten Male krampfartige Schmerzen im Bauche auf, die Anfangs nur selten, später aber häufiger kamen und seit dem 27. Januar fast ohne Unterbrechung andauern, wehenartigen Charakter besitzen und in das Kreuz und die Unterbauchgegend ausstrahlen.

Ausfluss bestand nie, Blutungen kehrten seit der Menopause nicht mehr wieder.

Seit einem Jahre magerte Pat. beträchtlich ab; vor 4 Wochen bemerkte sie eine Geschwulst im Bauche, die in der letzten Zeit ziemlich rasch gewachsen sein soll.

Die Untersuchung der stark abgemagerten Frau ergab die inneren Organe intakt und folgenden Genitalbefund:

Ein kindskopfgroßer Tumor steigt aus dem kleinen Becken bis zum Nabel hinauf. Der Tumor ist im Allgemeinen derb, nur an einzelnen Stellen scheint Fluktuation zu bestehen. Er ist rechterseits etwas, linkerseits wenig beweglich.

Die beiden Ligg. rotunda sind vorn zu tasten. Innerer Befund: Portio plump und derb, wenig beweglich, geht breit in den Tumor über und macht theilweise die Bewegungen desselben mit. Außerer Muttermund für die Fingerkuppe einlegbar, Cervicalkanal geschlossen, Adnexe nicht zu tasten.

Nach diesem Befunde wurde die Diagnose auf Myoma uteri, ausgehend von der hinteren Uteruswand, gestellt; man nahm weiter an, da es sich um eine im Klimakterium stehende Frau handelte, der Tumor mehr oder minder fixirt schien, Beschwerden machte und in der letzten Zeit rasch gewachsen war, dass der myomatöse Tumor sich in maligner Degeneration befindet, zumal die Pat. auch dabei stark herabgekommen war.

Bei der Laparotomie, die Herr Prof. Schauta am 5. Februar machte, zeigte sich aber, dass das kindskopfgroße, 1500 g schwere, von der hinteren Uteruswand ausgehende, intermural sitzende Myom nur Ödem mit beginnender Verflüssigung und ausgebreitete Nekrose, aber keine maligne Degeneration zeigte, welcher Befund auch durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde.

Es ist also bemerkenswerth, dass das Myom, das doch zweifellos schon längere Zeit bestand, erst im Klimakterium Beschwerden machte, und zwar solcher Art, wie wir sie sonst bei maligner Degeneration zu sehen gewohnt sind. Wenn wir auch heute wissen, dass durchaus nicht immer Myombeschwerden mit dem Eintritte der Menopause verschwinden, so dürfte doch der Fall, dass ein Myom während der Geschlechtsfunktion keine Erscheinungen und solche ernster Art erst in der Klimax bewirkt, ein recht seltener sein.

Wir werden kaum fehl gehen, wenn wir die Ursache für die in diesem Falle so spät auftretenden Myombeschwerden und auch für das rasche Wachsthum des Tumors in dem Ödem und der Nekrose suchen.

Unerklärt bleibt aber die Kachexie der Pat., da sich weder im gynäkologischen, noch im sonstigen körperlichen Befunde ein Anhaltspunkt dafür findet.

Diskussion: Gersuny bemerkt, dass Alle darin übereinstimmen, dass in der Regel nach der Klimax die Myome schrumpfen. Es habe ihn sehr überrascht, in dem Lehrbuche von Péan eine Angabe zu finden, die dem zu widersprechen scheine, dass er nämlich fast eben so viele nach der Klimax weiterwachsende Myome operirt habe, als solche vor der Klimax. Es ist dies eine Beobachtung, die ziemlich vereinzelt dasteht.

Hitschmann spricht von der Kachexie als von einem Hilfsmittel, um die Malignität des Tumors zu beurtheilen. G. hat oft die Beobachtung gemacht, dass zwischen Kachexie und mikroskopischem Baue einer Geschwulst kein Zusammenhang bestehe. Bei nicht ulcerirtem Carcinom und Sarkom sieht man dies häufig. Wenn man die einzelnen Symptome, aus denen sich die Kachexie zusammensetzt, analysirt, so sieht man, dass sie theils der Sepsis, theils der Anämie in Folge der Blutungen angehören. G. kennt Fälle von Mammacarcinom, bei denen nicht lange nach der Operation Recidive mit rapidem Wachsthume auftraten, die Pat. aber blühend aussahen. G. hat ferner vor 6 Jahren bei einem Pat., der an einer Kommunikation von S romanum und der Blase litt, die Laparotomie gemacht und sich dabei überzeugt, dass es sich um ein Carcinom handle. Es wurde die Kolostomie ausgeführt und das Carcinom unberührt gelassen. Dieser Mann befindet sich seit 6 Jahren tadellos wohl und konsultirte G. wegen Fettleibigkeit. Kürzlich starb er plötzlich an Hirnapoplexie.

G. hält nach seinen Erfahrungen für die häufigsten, wenn auch durchaus nicht für die einzigen Ursachen der Kachexie: Anämie durch Blutungen oder chronische Sepsis durch einen ulcerösen Process oder beides zusammen, schließt aber aus kachektischem Aussehen nicht auf ein Neoplasma von bestimmtem mikroskopischem Baue.

Schauta: Was die Frage der Beziehungen des Klimakteriums zum Myom anlangt, so hat der Eine und der Andere Recht. Im Allgemeinen kann man sagen, dass Myome im Klimakterium zu wachsen und Erscheinungen zu machen aufhören. Doch kommt es auch darauf an, was man unter Klimakterium versteht. Anatomisch ist es das Aufhören der ovariellen Funktion, das aber nicht mit dem

Aufhören der Blutungen einhergehen muss. Bei unseren Frauen, in unseren Klimaten, tritt im Allgemeinen das Klimakterium mit 48 Jahren ein. Bei Myomen gehört es fast zur Regel, dass die Blutungen erst mit 53 Jahren oder noch später aufhören. Es fragt sich nun, ob es sich, wenn in Myomfällen in den 50er Jahren Blutungen vorhanden sind, um menstruelle oder pathologische Blutungen handelt? Es giebt Myome, bei denen Blutungen überhaupt nicht aufhören, da kann man beliebig lange auf den Wechsel warten, die Tumoren wachsen und die Blutungen werden immer stärker; es sind das eben Blutungen, die aus dem Tumor selbst erfolgen, also Myomblutungen. Wenn daher Péan sagt, dass auch im Klimakterium die Myome weiter wachsen, so kommt es hier eben auf die Definition des Klimakteriums an.

Der 2. Punkt, über den zu diskutiren wäre, wäre die Frage der Kachexie, und da müsse S. bei Stellung der Diagnose ein großes Gewicht legen auf das Allgemeinbefinden und das Aussehen der Frauen. Richtig ist es, dass in den Fällen, in denen es sich um ein malignes Neoplasma handelt und bei welchen auch Blutungen und Anämie bestehen, diese das schlechte Aussehen verursachen, und es muss auch zugegeben werden, dass in vielen Fällen die Kranken septisch sind. Aber es giebt wiederum gewisse Fälle, wo weder Anämie durch Blutungen bedingt, noch Sepsis vorhanden ist, aber doch das Aussehen so ist, dass man auf den ersten Anblick hin ganz frappirt ist, und dass man sagen muss, dass in solchen Fällen im Körper sehr schwere Veränderungen vor sich gehen, und dass es sich um ein Neoplasma malignum handeln dürfte. Auf S. hat es stets den Eindruck gemacht, als wenn durch ein solches malignes Neoplasma ein chemisch wirkendes Gift producirt würde, das den Körper so herunterbringt. S. hat ferner den Eindruck, dass man es einer Person oft auf den ersten Blick ansieht, ob eine maligne oder benigne Geschwulst vorhanden ist. Vortr. erinnert sich an eine Frau, bei der von mehreren hervorragenden Ärzten ein malignes Neoplasma diagnosticirt worden war, und bei welcher er beim ersten Besuche in der Sprechstunde nach dem Aussehen der Frau sofort den gegentheiligen Eindruck gewann. Bei der Operation fand sich auch ein multilokuläres gutartiges Kystom. Je älter man wird, desto leichter prägt es sich auf den ersten Blick hin ein, ob man mit größerer Wahrscheinlichkeit etwas Malignes oder Benignes erwarten könne.

Gersuny bemerkt, dass er nicht gesagt haben wollte, dass man auf die Kachexie kein Gewicht zu legen brauche. Außer der Anämie und der Sepsis giebt es noch andere Ursachen, die zur Kachexie führen. Einen Beweis, dass die Kachexie nicht von der mikroskopischen Struktur einer Neubildung abhängt, liefern die Gynäkologen oft durch ihre Erfolge bei der Behandlung nicht exstirpirbarer Uteruscarcinome: wenn nach der Exkochleation das Geschwür aseptisch erhalten wird, bessert der Ernährungszustand der Kranken sich wesentlich, so dass man das Aussehen dann nicht mehr als kachektisch bezeichnen kann. G. wollte nur gegen die sehr verbreitete, nach seiner Meinung irrige Ansicht Stellung nehmen, dass die »Kachexie« bei der Diagnose »maligner« Tumoren ein werthvolles oder gar entscheidendes Symptom sei.

Hübl: Demonstration einer Missbildung. (Erscheint später ausführlich.)

Eierstöcke.

4) P. Tiburtius. Über die Kombination von Carcinoma ovarii et ventriculi.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1899.

Der Verf. fand nur 2 analoge Fälle in der Litteratur, denen er 2 selbst beobachtete und untersuchte zur Seite stellt. Für seine beiden Fälle glaubt der Verf. nach dem mikroskopischen Befunde und nach der Art der Verbreitung des Carcinoms ein primäres Magencarcinom und von diesem aus eine Metastasenbildung

auf dem Peritoneum, in den Lymphdrüsen und in beiden Eierstöcken annehmen zu dürfen. **Engelmann jun.** (Bonn).

5) **Walls.** Austreibung einer Dermoidcyste per rectum.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 3.)

In der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie von Nordengland legte W. ein Dermoid des Ovariums vor, das während einer Geburt aus dem Anus hervorgetrieben wurde. Es ist zu vermuthen, dass der kindliche Kopf den Tumor nach unten drückte, bis das Rectum nachgab. W. sah die Pat. erst einige Tage nach der Geburt und konnte deutlich mit dem Finger einen Längsriss im Rectum fühlen, den der Tumor bei seiner Wanderung ins Rectum hervorrief. Die Pat. genas ohne jede Störung. **Rissmann** (Osnabrück).

6) **J. Petritschek.** Zur Kasuistik der Stieltorsion von Ovarialtumoren während der Schwangerschaft.

Inaug.-Diss., München, 1898.

Verf. stellt aus der Litteratur 30 Fälle von Stieltorsion von Ovarialtumoren während der Gravidität zusammen und fügt diesen Fällen noch 2 weitere Beobachtungen aus der Münchener Frauenklinik hinzu. Von diesen 32 Fällen ist 26mal mit großer Sicherheit die Komplikation intra graviditatem eingetreten. Mehrgeschwängerte sind der Gefahr der Stieltorsion mehr ausgesetzt als Erstgeschwängerte. Nur in 2 Fällen konnte eine sichere Ursache für die Torsion gefunden werden. Was die pathologische Anatomie der Tumoren anbetrifft, so kamen 17 Kystoma zur Beobachtung, 6mal handelte es sich um Dermoide, 2mal waren es Parovarialcysten, niemals handelte es sich um solide Tumoren', eben so fehlt die ganze Gruppe der malignen Tumoren. Die Diagnose hat festzustellen: Ovarialtumor, Gravidität und Stieldrehung. Nur in 3 Fällen wurden diese 3 Punkte sicher vorher diagnosticirt. Bezüglich der Therapie ist zu bemerken: Es soll jeder Ovarialtumor nach Ansicht des Verf. prophylaktisch, bevor Schwangerschaft eintritt und somit die Gefahr einer Stieldrehung besteht, exstirpirt werden, ein Verfahren, das sich praktisch absolut nicht durchführen lässt. Bei eingetretener Komplikation ist die Ovariotomie strikt indicirt. Die Resultate dieser Therapie sind sehr günstige.

R. Biermer (Wiesbaden).

7) **L. Dartigues** (Paris). Ätiologische und pathologisch-anatomische Studien über die soliden Eierstockstumoren.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1899. No. 4.)

Eine sehr fleißige und detaillirte Arbeit, die im Originale nachgelesen werden muss. Hier in aller Kürze die Schlussfolgerungen:

1) Die soliden Ovarialtumoren sind um so häufiger, um so bösartiger sie sind; das Fibrom ist seltener als das Sarkom und dieses seltener als das Epitheliom.

2) Im Allgemeinen nimmt die Malignität dieser Tumoren mit dem Alter zu. Das Fibrom wird bei jüngeren Individuen beobachtet; das Sarkom befällt im Allgemeinen Frauen, die jünger sind als diejenigen, die von einem Epitheliom befallen werden.

4) Heredität scheint selten zu sein.

5) Die Doppelseitigkeit nimmt mit dem Grade der Bösartigkeit der Geschwulst zu.

6) Die Form des Tumors kann diejenige des Ovariums bleiben; eine höckrige Oberfläche wird aber eher auf Malignität schließen lassen.

7) Die Vaskularisation nimmt mit der Malignität zu.

8) Die Fibrome sind kleiner als die Sarkome; das Carcinom steht in der Mitte.

9) Der Stiel der Geschwulst wird um so kleiner, um so größer letztere wird.

10) Das Fibrom, obwohl gewöhnlich sehr mobil, ist nicht von Ascites begleitet; reichlicher Ascites ist charakteristisch für Sarkom; dabei tritt leichte Torsion des Stieles auf.

11) Das Fibrom hat eine feste Konsistenz; das Sarkom ist eher weich; das Carcinom ist hart, aber leicht brüchig.

12) Wenn man die verschiedenen Gewebe ins Auge fasst, aus denen das normale Ovarium zusammengesetzt ist, so kann man leicht die zahlreichen Variationen in der Geschwulstbildung begreifen.

13) Das Sarkom verbreitet sich selten auf dem Lymphwege; die allgemeine Verbreitung des carcinomatösen Processes ist schneller und findet auf dem Lymphwege statt.

14) Die Festsetzung carcinomatöser Partikel in der Laparotomiewunde spricht zu Gunsten der Inokulabilität des Krebses. **Beuttner** (Genf).

8) L. Dartigues (Paris). Zur Symptomatologie der soliden Eierstockstumoren.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1899. No. 5.)

Jeder solide Eierstockstumor kann entweder ein Fibrom, ein Sarkom oder ein Carcinom sein; in allen Fällen ist die Exstirpation indicirt; man muss sich desshalb immer ernstlich fragen, handelt es sich wirklich um einen Ovarialtumor? Ist der Tumor solid?

I. Symptomatologie der Ovarialfibrome.

A. Anfangsperiode. Funktionelle Symptome: während langer Zeit keine Störungen (Latenz der Ovarialfibrome); in gewissen, aber seltenen Fällen kann Ascites auftreten, der dann seinerseits unsere Aufmerksamkeit auf einen soliden Ovarientumor lenkt; dieser Ascites ist meistens erst während der Operation entdeckt worden. Manchmal sind es mehr oder weniger vage Schmerzen, die an eine Geschwulst des Ovariums denken lassen; besonders, wenn zu gleicher Zeit das Abdomen an Volumen zunimmt; die Schmerzen manifestiren sich manchmal im Hypogastrium oder als sehr heftige Koliken, von Metrorrhagien begleitet; auch Lumbalschmerzen mit Ausbleiben der Regeln und unvermittelt auftretende Schmerzen bei stattgefundener Stieltorsion; Störungen bei der Harnentleerung.

Physikalische Symptome: wenig umfangreiche Tumoren, die die Form des hypertrophischen Ovariums wiedergeben; Größe variirt zwischen derjenigen einer Nuss und derjenigen einer Mandarine; die Oberfläche gewöhnlich glatt; der Tumor selbst sehr leicht beweglich, seitlich vom Uterus gelagert, manchmal in den Douglas descendirt; bei der vaginalen Exploration nicht druckempfindlich, von gleichmäßiger harter Konsistenz.

Am meisten spricht für Ovarialfibrom im Beginne sehr feste Konsistenz und Abwesenheit von Druckschmerz.

B. Vorgeschrittenes Stadium. Funktionelle Symptome:

1) Störungen der Menstruation: a. Seröser Ausfluss und Leukorrhoe, b. Menorrhagien und Metrorrhagien selten (in weitaus den meisten Fällen normale Menses), c. Aussetzen der Regeln.

2) Störungen, herrührend von Kompression auf Nerven, Gefäße und Eingeweide (Darm, Rectum, Blase, Harnleiter).

Allgemeine Symptome: Der allgemeine Gesundheitszustand wird sehr selten alterirt.

Physikalische Symptome: Inspektion, Palpation, Perkussion; bimanuelle Untersuchung; rectale Untersuchung, Hysterometrie.

Weiterer Verlauf, Dauer, Komplikationen und Prognose.

Der weitere Verlauf ist sehr verschieden; wie die Geschwulst geendet haben würde, ist schwer zu sagen, da meist ein operativer Eingriff den Process frühzeitig unterbricht. Die Kranken kommen gewöhnlich zum Arzte, weil sie durch das frühzeitige Ausbleiben der Regeln beängstigt werden; oder weil sie die Zunahme des Abdomens selbst konstatiren oder von heftigen Schmerzen gequält werden.

Das Ovarialfibrom, sich selbst überlassen, kann 5—15 Jahre bestehen; manchmal wurde es bei alten Frauen nur zufällig bei der Autopsie entdeckt. Ist die Geschwulst zur Todesursache geworden, dann hatte sich Kachexie eingestellt; die

Kompressionsschmerzen wurden unerträglich; trotz häufiger Punktion trat der Ascites immer wieder von Neuem auf; die Uterusblutungen wurden profus etc.

Bezüglich der Komplikationen der Ovarialfibrome ist zu bemerken, dass Rokitanski einmal in Folge Schwangerschaft und Geburt eine Entzündung und Eiterung nachweisen konnte; auch wurden gleichzeitige eitrige Affektionen der Adnexe konstatirt; auch eine doppelseitige Hämatosalpinx; des weiteren Pelveoperitonitis; totaler Uterusprolaps; gleichzeitige Fibrome des Uterus; eine seltenere Komplikation ist die Stieldrehung; Ascites; eine äußerst wichtige und interessante Komplikation ist die Koincidenz eines Ovarialfibroms der einen Seite mit einem Ovarialsarkom der anderen Seite. Könnte man vielleicht die Vermuthung aussprechen, dass das Ovarialfibrosarkom ein degenerirtes Ovarialfibrom sei?

II. Symptomatologie der Ovarialsarkome.

A. Anfangsperiode. Funktionelle Symptome: Die Anfangsperiode ist, wie beim Ovarialfibrom sehr wenig charakteristisch. Variable Latenz. Die Gegenwart kann sich manifestiren durch die mehr oder weniger schnelle Entwicklung von Ascites; jedoch kann Ascites auch vollständig fehlen. Schmerzen sind manchmal die ersten Zeichen. Metrorrhagien, die sich oft wiederholen und profus sind, scheinen hier häufiger aufzutreten als bei der vorher beschriebenen Geschwulstart. In anderen Fällen Aufhören der Regeln während mehrerer Monate. Abmagerung etc. etc.

Physikalische Symptome.

B. Vorgeschrittenes Stadium. Funktionelle Symptome:

1) Störungen der Menstruation: a. Leukorrhoe sehr selten. b. Menstrualfunktion: Fälle von Sarkom mit normaler Menstruation. Fälle von Sarkom mit Blutverlusten; Fälle von Sarkom mit Unterdrückung der Regeln.

2) Störungen, herrührend von Kompression. Keine wesentlichen, zum mindesten keine charakteristischen Symptome.

Allgemeine Symptome: Pathognomonische, allgemeine Symptome existiren keine, dagegen hat eine ausgesprochene Appetitlosigkeit mit Abmagerung einige Bedeutung.

Physikalische Symptome: Punkto Inspektion, Palpation etc. ist dasselbe zu sagen wie bei den Fibromen. Besonderheiten: Ödem der unteren Extremitäten, ein- und doppelseitig, sich manchmal bis zur Vulva ausdehnend. Die Inguinaldrüsen spielen eine untergeordnete Rolle.

Bei der bimanuellen Untersuchung finden wir frei bewegliche unebene Tumoren; gewöhnlich bilateral; der Uterus ist nicht sehr beweglich.

Weiterer Verlauf, Dauer, Komplikationen und Prognose.

Gewisse Sarkome haben eine sehr langsame Entwicklung; bis zu 13 Jahren; können aber plötzlich eine enorme Ausdehnung erfahren.

Ist die Malignität des Ovarialsarkoms einmal zum Ausbruch gekommen, dann marschirt dasselbe mit Riesenschritten zur Kachexie: Abmagerung, Appetitlosigkeit, Ödeme, Ascites, Zunahme des Abdomens, Dyspnoë.

Die Schwangerschaft begünstigt manchmal die Weiterentwicklung der Sarkome.

Es ist nicht selten, dass es zur Stieltorsion kommt. Die Metastasenbildung ist nicht sehr ausgesprochen.

Das Recidiv ist weniger zu fürchten als beim Epitheliom.

III. Symptomatologie der soliden Ovarialcarcinome.

A. Anfangsperiode: Gewöhnlich während oder nach der Menopause; 50 bis 58 Jahre; es existiren einzelne Fälle, wo das Carcinom im Alter von $16^1/_2$ und 17 Jahren gefunden wurde; der Ovarialkrebs hat eine Latenzperiode, deren Dauer man nicht abschätzen kann. Der Ascites ist kein konstantes Begleitsymptom; im Beginne manchmal Gefühl von Schwere im Hypogastrium. Sobald die carcinomatöse Geschwulst entdeckt worden ist, tritt Abmagerung und Verlust der Kräfte ein; beim Fibrom und Sarkom tritt dieses Symptom nicht so frühzeitig auf.

B. Vorgeschrittenes Stadium. Funktionelle Symptome: Die Menstruationsstörungen haben nichts Charakteristisches. Kompressionserscheinungen können auftreten, haben aber nichts Akutes.

Allgemeine Symptome: Die Appetitlosigkeit wird eine fast absolute; Abscheu vor dem Fleische. Fahle Gesichtsfarbe.

Physikalische Symptome: Die Ovarialcarcinome sind oft ordentlich beweglich, ohne dass man desshalb auf Abwesenheit von Verwachsungen schließen könnte. Unregelmäßige Oberfläche, feste Konsistenz; die Punktionsflüssigkeit (Ascites) manchmal blutig gefärbt; die benachbarten Drüsen inficirt.

In einigen Fällen hat man die Uterushöhle verlängert gefunden, 8—9 cm; das Uterushorn der Seite des Ovarialcarcinoms ist manchmal wie ausgezogen.

Beuttner (Genf).

9) **L. Dartigues** (Paris). Zur Diagnose und Behandlung der soliden Eierstockstumoren.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1899. No. 6.)

1) In Gegenwart eines Beckentumors muss man sich fragen, ob man es mit einem soliden Ovarialtumor zu thun habe oder nicht?

2) Ob der konstatirte Tumor gutartiger oder bösartiger Natur sei?

I. Positive Diagnose der soliden Eierstockstumoren im Allgemeinen.

Zusammenfassung der gemeinsamen Symptome der 3 Varietäten. Es werden die aus No. 5 der Revue bereits referirten Symptome noch einmal (wie der Titel anzeigt) zusammengefasst.

II. Differentialdiagnose der soliden Eierstockstumoren.

Differentialdiagnose im Anfangsstadium; man kommt sehr selten in den Fall, eine Diagnose zu stellen; alle soliden Eierstockstumoren können im Beginne eine hämorrhagische Metritis vortäuschen; beide krankhaften Zustände können natürlich auch neben einander bestehen; manchmal wird die Diagnose auf ein großes, sklerocystisches, schmerzhaftes Ovarium gestellt. Die Schmerzen, herrührend von Neubildungen, sind eher spontan auftretend als nur bei Betastung entstehend etc.

Differentialdiagnose im vorgeschrittenen Stadium: Ein solider Eierstockstumor kann mit einem langgestielten Uterusfibrom verwechselt werden; die letzteren Tumoren treten viel häufiger auf, verursachen gewöhnlich keine Metrorrhagien, keine Kompression und führen nicht zur Kachexie; man muss immer die Uterushöhle sondiren. Dies ist ganz besonders wichtig in den Fällen, wo der Eierstockstumor durch Adhärenzen im Becken fixirt ist. Bei den Fibromen des Uterus kein Ascites. Bei den Ovarialtumoren haben wir es meist mit einer progressiven und schnellen Zunahme des Volumens der Geschwulst zu thun.

Am häufigsten wird der solide Ovarialtumor mit einer Ovarialcyste verwechselt; des weiteren mit Schwangerschaft und Extra-uterin-Schwangerschaft.

III. Diagnose der einzelnen Varietäten der soliden Ovarialtumoren.

IV. Behandlung. Jeder solide Eierstockstumor, welcher histologischer Natur sei, muss entfernt werden.

Beuttner (Genf).

10) **P. Rosenstein.** Ein Beitrag zur Kenntnis überzähliger Ovarien.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1898.

Es handelt sich um einen Fall von überzähligem Ovarium, das sich durch seine retroperitoneale Lage auszeichnete. Dasselbe war cystisch entartet und bildete einen faustgroßen Tumor, der sich von der rechten Nierengegend her mit seinem stark erschlafften Peritonealüberzuge leicht hervorheben ließ (Laparotomie). Der Tumor war mit dem Coecum und dem Proc. vermiformis durch blutreiche, aber leicht lösliche Adhäsionen verbunden. Die Geschwulst ließ sich leicht ohne jede Blutung aus ihrem Bette herausschälen. Ein Zusammenhang mit irgend welchen Organen war vollständig auszuschließen. Gefäßunterbindungen waren nicht nöthig. Die Unterleibsorgane waren normal entwickelt. Die Ätiologie dieses interessanten Falles erklärt Verf. auf folgende Weise. Es muss sich hier um einen besonders angelegten Ovarialkeim handeln, der an die Stelle des Tumors gelangt ist, der aber aus Mangel an jeglicher Verbindung einen Descensus nicht durchgemacht hat.

R. Biermer (Wiesbaden).

11) Klein (München). Zur Technik der Ovariotomie.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 6.)

K. warnt im Anschlusse an ein selbst beobachtetes Impfcarcinom der Bauchwunde nach Entfernung eines anscheinend gutartigen, desshalb Behufs Verkleinerung punktirten Ovarialkystoms dringend vor dieser allgemein üblichen Methode. Er will principiell jeden Tumor uneröffnet unter beliebiger Verlängerung des Bauchschnittes in toto exstirpirt wissen, indem er mit Recht betont, dass keine Methode eine ganz reinliche Entleerung während der Operation gestattet. Die Länge des Bauchschnittes sei für die Hernienbildung und etwaige Infektion gar nicht so sehr bedeutungsvoll. **Roesing** (Hamburg).

12) Hartz (Karlsruhe). Ein cystöser Tumor (Cystadenom) an der hinteren Bauchwand, entstanden aus Resten des Wolff'schen Körpers.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 6.)

Die 34jährige Pat. hatte einen über mannskopfgroßen, vom kleinen Becken aufsteigenden cystischen Tumor, der sofort als etwas »ganz Apartes« imponirte und nur mühsam aus zahlreichen Verwachsungen ausgeschält wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab drüsige, nur als Reste des Wolff'schen Körpers verständliche Elemente, die theilweise cystisch entartet und mit reichlichen alten Blutergüssen erfüllt waren. H. sieht in dieser Beobachtung das Bindeglied zu den von Recklinghausen beschriebenen Adenomyomen des Uterus gleichen Ursprunges und giebt eine ausführliche Besprechung der in Rücksicht auf diese bedeutsame Publikation erwachsenen umfangreichen Litteratur, in der er, sich ganz auf Seiten Recklinghausen's stellend, die Erklärungen von Lokstaedt, Kossmann u. A. zurückweist. **Roesing** (Hamburg).

13) Orthmann (Berlin). Zur Kasuistik einiger seltenerer Ovarial- und Tubentumoren.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 6.)

Kasuistische Mittheilung der Befunde von 6 interessanten Neubildungen, von denen 3 Kombinationsgeschwülste mit theilweise maligner Degeneration waren. **Roesing** (Hamburg).

14) F. Schnell (Würzburg). Ein prolabirtes Corpus luteum.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. Hft. 6.)

S. berichtet unter Hinweis auf ein von Stratz genau beschriebenes Objekt, das von einem Affen stammte, über eine Beobachtung, die er als Nebenbefund beim Untersuchen des Ovariums einer 33jährigen osteomalakischen Gravida machte. Er fand hier ein ca. 1,5 : 0,75 mm betragendes Gebilde, das ihm als prolabirtes Corpus luteum imponirte und dessen genaue Beschreibung er giebt. Dasselbe zeigte deutliche typische Degenerationszeichen. Er folgt auch daher der Annahme von Stratz, dass solche Prolapse die Ursache von Papillomen werden könnten, nicht. **Roesing** (Hamburg).

15) A. Martin. Zum Spätbefinden Ovariotomirter.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 255. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1899.)

Dass das Spätbefinden Ovariotomirter oft zu wünschen übrig lässt, weiß Jeder. Ursache sind Darmverwachsungen, Bauchbrüche, Ausfallerscheinungen. Abel hat schon durch sorgfältige Nachuntersuchungen Operirter festgestellt, dass in Bezug auf Bauchbrüche die Dauerresultate nach Einführung der Schichtnaht eine überraschende Besserung erfahren habe. M. kann dies aus seiner Erfahrung bestätigen; für die Normalheilung ist aber auch noch die prophylaktische Bedeutung der Asepsis bei der Operation hervorzuheben. Nicht alle Bauchbrüche verursachen Beschwerden, und von der Ausdehnung der Brüche ist der Grad der hervorgerufenen Störungen durchaus nicht immer abhängig; sehr ungünstig scheinen deutlich hervortretende, scharfe Narbenränder zu wirken. Bei der Operation der

Brüche soll das Narbengewebe und eben so das Peritoneum, wie weit auch seine Ausstülpung reicht, ausgeschnitten werden, die Bauchfelltasche, die bleibt, muss man völlig veröden, und zu diesem Zwecke näht M. die Haut mit fortlaufenden Katgutnähten derart auf die Fascie, resp. Muskulatur, dass der Hautrand mit den Fascien und dem Muskelrande annähernd gleichmäßig abschneidet. Dann legt er dicke Seidennähte, welche alle Schichten gleichzeitig durchgreifen, aber erst geknotet werden, wenn Peritoneum und der Rand der hinteren Fascie mit dicht liegenden Katgutknopfnähten, der Rand der vorderen Fascie und die Muskulatur mit einem fortlaufenden Katgutfaden vereinigt sind. Zuletzt werden noch oberflächliche Katgutknopfnähte in die äußere Haut gelegt.

Zur Umgehung der Bauchbrüche erweist sich für weniger umfangreiche Tumoren und günstig gelegene entzündliche Ovarialgeschwulstmassen der vaginale Bauchschnitt als guter Ausweg.

Gegen Ausfallerscheinungen hat M. bei der Hälfte der Fälle mit Erfolg Ovarin verwendet. **Witthauer** (Halle a/S.).

16) **Bullitt** (Louisville). Eierstockkystom von 245 Pfund Gewicht.

(Med. news 1899. Oktober 15.)

Cartledge (Louisville) hat im Mai 1899 ein Kystom von 245 Pfund Gesammtgewicht entfernt, das sehr starke Verwachsungen mit den Nachbarorganen hatte. Die Frau starb an Ileus am 7. Tage. B. hat sich die Mühe gemacht, Fälle derartiger Geschwülste aus der Litteratur zu sammeln, und hat 23 dieser »Mammuth«-Geschwülste aufgefunden, welche sämmtlich über 100 Pfund, die schwerste aber 202 Pfund gewogen haben. Somit wäre also der hier beschriebene der schwerste aller bisher beobachteten Tumoren. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

Verschiedenes.

17) **J. Boeckel** (Straßburg i/E.). Occlusion und Gangrän des oberen Abschnittes des Rectums bei Anwesenheit von Uterus- und Ovarientumoren. Chirurgische Intervention.

(Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1899. No. 3.)

Die Darmocclusion, die Hysterektomien und Ovariotomien folgt, ist bis in alle Details bekannt; nicht so diejenige, die chirurgischen Eingriffen an Abdominalgeschwülsten vorausgeht. Unter dem Einflusse einer von einem Tumor ausgeübten Kompression kann Darmgangrän entstehen und dies schon zu einer Zeit, in welcher die Geschwulst wenig entwickelt und vielleicht noch nicht diagnosticirbar ist.

1. Beobachtung: Krankenschwester von 62 Jahren, war nie krank, ohne jede Veranlassung heftige Schmerzen im Abdomen, von diesem Augenblicke an kein Stuhl- und Gasabgang. Die Ursache der Darmocclusion kann nicht festgestellt werden; trotzdem chirurgische Intervention, da der Zustand schon 8 Tage dauert, Anus artificial. 2 Tage später Tod. Bei der Autopsie findet man auf der hinteren Rectalwand eine 4 cm lange und 2 cm breite Ulceration mit Perforation im Centrum. Allgemeine Peritonitis. Auf der Höhe der Ulceration eine faustgroße Ovarialcyste mit sehr stark gespannten Wandungen, die die Darmwand zur Usur gebracht.

2. Beobachtung: Frau von 53 Jahren; seit 7 Tagen Darmocclusion; Abdomen regelmäßig aufgetrieben. Erbrechen. Rektale Untersuchung negativ; im hinteren Scheidengewölbe undeutlich eine Resistenz. Laparotomie; Incision des Colon descendens. Nach Entleerung von Gasen und Darminhalt konstatirt man einen fibromatösen Uterus von Kindskopfgröße, der die Flexura sigmoidea komprimirt. Es besteht in dieser Gegend Gangrän. Supravaginale Amputation des Uterus. Resektion der gangränirten Darmpartie unmöglich, desshalb Invagination und

sero-seröse Naht. Nach 4 Tagen Zeichen von Septikämie; vaginale Exstirpation des Uterusstumpfes, der sich als nicht wesentlich verändert herausstellt. Tod. Sektion: Die beiden Darmnähte vollständig geheilt. Das Mesorectum der Invaginationsstelle infiltrirt und grünlich verfärbt. Von dieser Stelle ist offenbar die Infektion ausgegangen.

3. Beobachtung: Frau von 47 Jahren; subakute Darmocclusion; enormer Meteorismus und fäkales Erbrechen; seit 7 Jahren Uterusfibrom, das seit einigen Monaten bis zu Kindskopfgröße gewachsen. Laparotomie am gleichen Tage der Erkrankung; 3 Uterusfibrome. S romanum stark komprimirt, bläulich verfärbt. Tod. Sektion: Gangrän des S romanum; allgemeine Peritonitis. Uterusstumpf trocken und in normalem Zustande.

Solche Fälle sind selten. B. hat in der Litteratur der letzten Jahre nur einen einzigen weiteren gefunden, der von Routier in der Sitzung der Société de chirurgie (10 Juni 1896) mitgetheilt wurde und der ebenfalls mit Tod endigte.

Epikritische Bemerkungen: Der 1. Fall war heilbar; er beweist die Nothwendigkeit der Laparotomie in Fällen, wo eine exakte Diagnose nicht gestellt werden kann.

Im 2. Falle hätte man das gangränisirte Darmstück durch eine radikale Operation reseciren sollen, eben so im Falle 3.

Beuttner (Genf).

18) **W. Prutz** (Königsberg i/Pr.). Mittheilungen über Ileus.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LX. Hft. 1.)

In der vorliegenden Arbeit sind 36 Ileuserkrankungen verwerthet, die in den letzten 3 Jahren in der v. Eiselsberg'schen Klinik zur Beobachtung kamen. Die einzelnen Arten des Darmverschlusses waren folgende: 4mal Volvulus der Flexura sigmoidea, 1mal Volvulus des Coecums, 3mal Volvulus des Ileums, ferner 7 Fälle von Invagination, 8 Fälle von Abschnürung und Knickung durch Stränge und Verwachsungen, endlich zusammen 13 Darmverschlüsse bei Coloncarcinom, Tuberkulose und Beckensarkom. Ref. muss sich auf diese kurze Skizzirung des Inhaltes der Arbeit beschränken, deren reiches und vorzüglich beobachtetes Material ein genaueres Studium erfordert und belohnt.

Calmann (Hamburg).

19) **Rehn** (Frankfurt a/M.). Gallensteinileus.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LX. Hft. 2.)

R. entwickelt seine Anschauung über die Art und Weise, auf welche ein im Darme befindlicher Stein einen Ileus verursachen kann. Er nimmt dabei besonders Rücksicht auf die Fälle, in denen der Durchmesser des Steines hinter dem des Darmes zurückbleibt. Als berechtigt in vielen Fällen erscheint ihm die Körte'sche Anschauung, dass der Stein zunächst die Passage des Darminhaltes erschwert, und dass durch die nunmehr eintretende Zersetzung und Gasentwicklung so wie die die Peristaltik reizenden Vorgänge unregelmäßige Zusammenziehungen der Muskulatur mit Koliken, besonders über dem Konkremente, erzeugt werden, die den Stein festhalten. Zu diesen Vorgängen tritt nach R.'s bereits früher geäußerter Ansicht eine Entzündung der Darmwand auf gleicher Basis hinzu, die die Darmlähmung vervollständigt: Es tritt der Gallensteinileus ein. Die angefügten Krankengeschichten aus eigener Beobachtung und fremden Arbeiten sollen diese Anschauung stützen und zugleich die übrigen Vorgänge bei der Entstehung des Gallensteinileus illustriren.

Calmann (Hamburg).

20) **Thomalla.** Ein neues Mittel gegen Dysmenorrhoe.

(Therapeutische Monatshefte 1899. November.)

In einer Arbeit über Beseitigung der Dyspepsie berichtet Verf. über ein neues »Extr. Chinae Nanning«, welches sich besonders bei der Dyspepsie der Bleichsüchtigen bewährt habe. Dabei ergab sich aber nebenbei, dass das Mittel auch eine so günstige Wirkung auf die gleichzeitig vorhandene Dysmenorrhoe ausübte, dass er dasselbe dringend zur Nachprüfung empfiehlt. Verabreicht wurden 15—20 Tropfen in Wasser oder Portwein.

Witthauer (Halle a/S.).

21) Vallas (Lyon). Über Laparotomie bei akuter Peritonitis.
(Lyon méd. 1899. Juli 30.)

Aus den Mittheilungen, die V. als seine Erfahrung der Lyoner chirurgischen Gesellschaft vorlegte — er gründet sie überdies nur auf 8 Fälle — mag hier nur erwähnt sein, dass er sich stets nur darauf beschränkt, das Abdomen zu öffnen und mit aseptischer Gaze zu drainiren. Die ausgiebigen Waschungen schienen ihm mehr zu schaden als zu nützen. Auch räth er, wenn man eine Perforation vor sich hat, sich nicht durchaus darauf zu versteifen, sie zu finden und zu nähen; es ist oft schon eine Schutzzone von plastischem Gewebe gebildet, die man dann zerreißt, und außerdem ist eine Naht an dem erkrankten Gewebe oft genug illusorisch. **Zeiss** (Erfurt).

22) Oberländer. Über den Einfluss der Milchsomatose auf die Darmkatarrhe der Kinder.
Inaug.-Diss., Bonn, 1898.

Verf. berichtet über die Erfahrungen, die er mit der Anwendung der Milchsomatose als therapeutisches Mittel zur Bekämpfung der Darmkatarrhe der Kinder gemacht hat. Die Milchsomatose ist ein geruchloses und fast geschmackloses Eiweiß- (Albumosen-) Präparat, das von Kindern und Erwachsenen gern genommen wird und selbst ohne Wissen des Pat. in den verschiedensten Lösungsmitteln gegeben werden kann. Das Präparat kann theelöffelweise ohne genaue Dosirung gegeben werden. Es gelingt mit Hilfe der Milchsomatose, die Kranken über gewisse kritische Perioden hinweg zu bringen, da sie für lange Zeit einen vollständigen Ersatz der stickstoffhaltigen Nahrung bilden kann. Das Präparat findet auch Anwendung bei allen Zuständen mit Fieber und starkem Eiweißverbrauche des Organismus, bei akuten Erschöpfungszuständen durch Blutverlust, so wie bei Krankheiten des Verdauungstractus, wo Gefahr vorhanden ist, den Magen-Darmkanal durch andere Nahrung zu belasten oder eine mechanische Reizung der Magenschleimhaut herbeizuführen. Das Präparat wird in den Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co. dargestellt. **R. Biermer** (Wiesbaden).

23) Brothers (New York). Versteckte Menstruation.
(Med. record 1899. August 19.)

Es ist immer noch nicht mit Sicherheit festgestellt, welcher Theil des Genitalapparates eigentlich der Ausgangspunkt der menstruellen Blutung ist. B. glaubt, dass Verschluss des Fimbrienendes der Eileiter über das Vorkommen einer menstruellen Blutung in den Tuben Aufschluss würde ertheilen können. Einen solchen Fall hat B. nun kürzlich beobachtet an einer Frau, welche während einer Schwangerschaft einen schweren Fall erlitt mit Absterben des Fötus und Entbindung durch die Zange. Später waren dann in den regelmäßig allmonatlich sich geltend machenden Menstruationszeiten zwar schwere unerträgliche Schmerzen, aber keine Blutungen aufgetreten. Es fanden sich bei der Untersuchung große Geschwülste hinter der Gebärmutter, und bei der Operation zeigte es sich, dass es sich um Blutcysten der Eierstöcke fast ohne alle Reste von Eierstocksgewebe handelte, wogegen die Fimbrienenden der Eileiter fest verschlossen und mit den Eierstöcken verwachsen waren. Offenbar hatte die menstruelle Blutung hier in die Eierstöcke selbst stattgefunden, aber nicht nach den Tuben abfließen können, so dass sich allmählich die Cysten bildeten. Bemerkenswerth war, dass wenigstens in diesem Falle Blutungen aus der Schleimhaut der Eileiter und Gebärmutter jedenfalls ganz fehlten. Der blutige Inhalt der Höhlen war übrigens ganz ohne Gerinnsel. Die Erscheinung selbst bezeichnet B. als »versteckte« Menstruation, welche vielleicht auch vikariirend für normale Menstruationsblutung eingetreten sein mag. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

24) Auché et Chavannaz (Bordeaux). Gutartige peritoneale Infektionen operativen Ursprunges.
(Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1899. No. 3.)

Die Verff. haben sich folgende Frage gestellt: Bringt der Chirurg, der nach aseptischen Regeln operirt, im Verlaufe einer Laparotomie Mikroorganismen auf

das Peritoneum? Um diese Frage zu lösen, wurden Untersuchungen an 20 Laparotomiefällen angestellt, die sämmtlich in Heilung übergingen. Folgen 20 ausführliche Krankengeschichten. In den 20 Fällen wurde das Peritoneum 17mal inficirt; es wird noch ein weiterer Fall mitgetheilt, um zu zeigen, welche bedeutende Rolle die Virulenz der Mikroorganismen spielt.

Schlussfolgerungen: In der großen Mehrzahl der Fälle (85%) wird das Peritoneum im Verlaufe einer Laparotomie durch den Chirurgen inficirt.

Die Zahl der eingeführten Mikroorganismen ist nicht beträchtlich, was daraus resultirt, dass die Kulturen manchmal steril blieben, wenn man nur wenig Peritonealflüssigkeit mit ihnen in Berührung brachte, während andererseits Bakterien auswachsen, wenn viel Peritonealflüssigkeit mit dem Nährboden beschickt wurde.

Die Infektion verräth sich durch kein Symptom, weder allgemeiner noch lokaler Natur. Die Virulenz der gefundenen Bakterien war überdies eine geringe, um so mehr als die Thiere, die mit den Kulturen geimpft (Peritonealraum) wurden, am Leben blieben.

Am häufigsten findet man den Staphylococcus albus in Reinkulturen.

Beuttner (Genf).

25) **A. Meyerhoff** (Hildesheim). **Abnehmende Geburtsfrequenz und Präventivverkehr.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 36.)

M. führt an der Hand statistischer Angaben so wie anderweiter Mittheilungen den Nachweis, dass der Präventivverkehr sich auch in Deutschland mehr und mehr einbürgere und zu einer Abnahme der Geburtsfrequenz führe, nicht nur in den Städten, sondern auch auf dem Lande. Er schließt seine Mittheilung mit den Worten: »Unerlässliche Vorbedingung für jeglichen Fortschritt in Allen gemeinsamer menschlicher Gesittung ist die wirksame Vertheidigung des einmal errungenen Niveaus der Lebensstellung. Ohne Zuhilfenahme des Präventivverkehrs will jene Vertheidigung heute nicht mehr glücken, und der Verstand bahnt dem Präventivverkehr den Weg zur Volkssitte«. **Graefe** (Halle a/S.).

26) **A. Sippel** (Frankfurt a/M.). **Ein Beitrag zum Chloroformtod.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 44.)

S. hat einen Chloroformtod erlebt, welcher nach Verbrauch von 15 g Chloroform (mittels Kappeler'schen Gebläses) unter heftigen Brechbewegungen eintrat. Obwohl das Chloroform sofort entfernt wurde, als ein Kleinerwerden des Pulses konstatirt wurde, und noch 2—3 Inspirationsbewegungen erfolgten, kehrte die Herzthätigkeit trotz Anwendung aller üblichen Mittel nicht wieder. S. ist der Überzeugung, dass nicht die Art des Chloroforms (hier Chloralchloroform), sondern das Chloroform an sich bei der herzlähmenden Wirkung in Betracht kommt. Ferner erklärt er es für gefährlich, nach alter Methode bei Erbrechen die Narkose fortzusetzen, da hierbei eine übermäßige Kohlensäureanhäufung in dem mit Chloroformdämpfen angefüllten Blute eintritt, der Rückfluss des letzteren aus den Körpervenen nach dem rechten Herzen gehindert und dieses in Folge dessen nur mangelhaft gefüllt wird. Er lässt Chloroform erst wieder verabfolgen, wenn nicht nur der Brechakt vorüber, sondern die Respiration wieder vollkommen frei und die etwa eingetretene Cyanose geschwunden ist. Schließlich befürwortet er, bei Herzstillstand in Folge von Chloroformwirkung bei erhaltener Respiration und elektromuskulärer Erregbarkeit den Herzbeutel durch ausgiebigen Schnitt im 4. oder 5. linken Interkostalraume freizulegen und das Herz durch direkte rhythmische Faradisation in rhythmische Kontraktion zu versetzen.

Graefe (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

~~[illegible]~~

